Le territoire vécu comme outil du diagnostic territorial et objet de connaissances en santé

Katerina Kononovich, **Charlotte de Fontgalland**, **Jean-Marc Macé**

DANS **Santé publique et Territoires** **2025/HS1**, PAGES 9 À 23
ÉDITIONS **Santé Publique**

ISSN 0995-3914
DOI 10.3917/spub.hs1.2025.0009

Article disponible en ligne à l'adresse
https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2025-HS1-page-9?lang=fr

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..
Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.
Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Le territoire vécu comme outil du diagnostic territorial et objet de connaissances en santé

The lived territory as a tool for territorial diagnosis and an object of knowledge in health care

Katerina Kononovich[1], Charlotte de Fontgalland[2], Jean-Marc Macé[3]

Résumé

Introduction : Le diagnostic territorial représente l'outil nécessaire à tout décideur institutionnel, à condition que le territoire d'étude soit cohérent au regard de la problématique étudiée. La présente recherche cherche à démontrer, par le biais des analyses géographique et managériale, l'apport du territoire vécu dans la modélisation de gestion des connaissances sur les pratiques spatiales de consommation de soins de premier recours.
Méthode : À partir des données de consommation de soins extraites du SNIIRAM, les territoires vécus des services d'urgence sont définis sur la base des flux majoritaires relatifs ; des méthodes d'analyse multivariée sont ensuite mobilisées pour réaliser une typologie de ces territoires. Une analyse qualitative permet d'adapter le modèle organisationnel de gestion de connaissances (MAIKE) à ces territoires.
Résultats : Cette étude permet de dessiner 451 territoires vécus de recours aux services des urgences, avec une typologie en dix-huit classes réparties en trois groupes. Le groupe 1 présente des territoires proches de la moyenne nationale, le groupe 2 des territoires favorisés et le groupe 3 des territoires défavorisés, avec certaines variations à l'intérieur des groupes.
Discussion : L'identification du territoire permet de transformer les connaissances tacites en connaissances explicites par le flux d'interaction entre les acteurs mobilisés. Les pratiques spatiales des usagers ne suivant pas véritablement les modèles théoriques produits par les organismes publics, cette connaissance est un élément incontournable dans la planification des services de soins par les pouvoirs publics. Le management des connaissances devient donc incontournable pour les organisations publiques afin de poursuivre leurs objectifs.

Mots-clés : consommation de soins, territoire vécu, diagnostic territorial, analyse spatiale, management des connaissances, modèle MAIKE.

Abstract

Introduction: *Territorial diagnosis is an essential tool for any institutional decision-maker, provided that the study area aligns with the issue being studied. Based on geographical and managerial analyses, this study aims to demonstrate how consumers' territorial experience in health care contribute to modeling knowledge management of population spatial practices in care consumption.*
Methods: *Using health care consumption data from the SNIIRAM, the lived territories of emergency services are defined by relative majority flows; multivariate analysis methods are then applied to produce a typology of these territories. A qualitative analysis is conducted to adapt the MAIKE organizational knowledge management model to these territories.*
Results: *This study identified 451 areas of emergency services use and developed an 18-class typology grouped into three categories. Group 1 comprises areas close to the national average; Group 2 includes favored areas; and Group 3 covers disadvantaged areas, each showing certain variations within the groups.*
Discussion: *Identifying the territory enables the transformation of tacit knowledge into explicit knowledge through the interactive exchanges among the involved actors. Since users' spatial practices often diverge from theoretical models developed by public bodies, this knowledge is crucial for public authorities in planning care services. Knowledge management thus becomes essential for public organizations to effectively pursue their objectives.*

Keywords: *health care use, lived territory, territorial diagnosis, spatial analysis, knowledge management, MAIKE model.*

[1] Docteure en sciences de gestion et chercheuse associée au LIRSA-CNAM, Paris, France.
[2] Docteure en géographie de la santé, responsable du Pôle Recherche et Formation - Évolutions de l'offre de soins à l'URPS Médecins libéraux Centre-Val de Loire (URPS-ML), Orléans, France.
[3] Professeur des universités en géographie de la santé au LIRSA-CNAM, Paris, France.

Correspondance : C. de Fontgalland
chadefontgalland@gmail.com

Réception : 06/09/2024 – *Acceptation :* 17/03/2025

Introduction

La présente recherche s'intéresse à la capacité de l'organisation publique territoriale d'acquérir, d'interpréter l'information issue des pratiques spatiales des usagers des services de santé et de la transformer en une forme de connaissance qui sera intégrée dans la réalisation des politiques publiques. Ici, la définition de l'organisation ne se réfère pas à une entité physique mais sous-entend un « *système ouvert, consistant dans les activités entrelacées d'un certain nombre d'individus* » [1].

En effet, toutes les politiques publiques doivent être accompagnées d'une évaluation qui permet de préciser leurs orientations dans le temps. Le diagnostic territorial est précisément l'outil de base nécessaire à tout décideur institutionnel car il représente une source de connaissances privilégiée en matière de pratiques spatiales des usagers. Dans le domaine de la santé, la France dispose aujourd'hui de bases de données de santé rigoureuses (PMSI pour l'hospitalisation, SNIIRAM pour la médecine de ville) qui permettent de produire des évaluations ponctuelles afin d'établir des indicateurs (densités de médecins généralistes, passages aux services des urgences, etc.).

La notion de territoire en tant qu'organisation est polysémique (région, département, canton, commune), il est par conséquent impératif de disposer d'un territoire d'étude cohérent. La difficulté essentielle d'un diagnostic territorial réside dans la granulométrie, c'est-à-dire la maille spatiale à retenir pour son élaboration. Le niveau du département est souvent retenu par l'administration, notamment pour la disponibilité des indicateurs de routine (densités de médecins, etc.). Toutefois la taille du département est bien trop vaste, car les populations infra-départementales ne sont pas identiques en son sein. Par conséquent l'administration préconise un échelon intermédiaire, à savoir le « bassin de vie ». Construite par les services de l'Insee, cette entité spatiale est le résultat de l'agrégation territoriale liée aux flux hétérogènes de lieux pourvoyeurs de services (petite enfance, éducation, santé, commerces, équipements sportifs et culturels) issus des données de la « Base équipements » d'une part et de l'« Enquête globale des transports » datant de 2010 d'autre part. Cette méthodologie propose un maillage de 2 700 bassins de vie au niveau de la France. Toutefois, ce maillage ne cible pas correctement la réalité des flux liés aux déplacements sanitaires. Par exemple, en 2023, avec la maille des bassins de vie, seules 6,5 millions de personnes résident dans des zones sous-dotées en médecins généralistes en France, contre 12 millions avec la référence spatiale du territoire vécu spécifique du recours aux soins de médecins généralistes [2]. S'agissant de la maille communale, celle-ci peut se révéler trop petite pour accueillir une offre de soins qui, pour sa pérennité, nécessite des économies d'échelle. Toutefois, l'indicateur d'« accessibilité potentielle localisée » (APL) tente de mesurer l'adéquation entre l'offre et la demande de médecins au niveau de chacune des 35 000 communes françaises [3]. Cette approche théorique de l'APL, à l'instar de la formule de Huff [4], intègre l'effet de concurrence potentielle des communes disposant d'une offre de soins, où chaque médecin peut être partagé entre les habitants des différentes communes environnantes. Le postulat de cette approche s'appuie sur la diminution des taux de fréquentation des médecins généralistes avec la distance, en leur attribuant des « taux d'accessibilité ». Toutefois, ce modèle appelle plusieurs réserves. D'abord, en matière de méthodologie, les patients des communes distantes de plus de quinze minutes ne sont plus considérés dans ce modèle, soit 16 % des consultations réalisées par un médecin généraliste [3]. Ensuite, du fait de facteurs sociaux négatifs (seuil de pauvreté, chômage, etc.), la proximité d'un médecin généraliste ne préjuge pas pour un patient de sa capacité, et possibilité réelle, à accéder à cette ressource médicale [5]. Par ailleurs, cette même proximité du médecin généraliste pour un patient ne signifie pas que celui-ci soit disponible pour répondre à la demande qui s'adresse à lui [6]. Enfin, les résultats de la sélection nationale suscitent un certain nombre de questionnements. Par exemple, la méthodologie nationale produit une « sélection automatique » des communes, dites en « sous-densité médicale » avec un potentiel APL inférieur à 2,5. Elle laisse apparaître en région Île-de-France une image paradoxale au regard des inégalités socio-territoriales appréhendées habituellement [3].

Ainsi, toutes ces remarques conduisent à rechercher un territoire pertinent. La notion de « territoire vécu » apparaît comme le reflet de la pratique spatiale des usagers [7-9]. Il s'agit donc d'identifier les déplacements réels liés à une thématique donnée qui restituent non seulement l'appropriation naturelle, mais également l'expérience de l'usager dans le choix des soins auxquels il a recours. Ici, l'approche empirique mesure les flux des usagers afin de consacrer une territorialité commune : le territoire vécu.

Pour définir cette entité spatiale opérationnelle, cette étude propose de s'appuyer sur une approche empirique fondée sur une territorialisation respectant le plus possible la « territorialité » des individus, c'est-à-dire un espace géographique reflétant le recours aux soins de première ligne par les usagers, non seulement au niveau de l'accès aux services des urgences, mais également

au niveau de l'accès aux cabinets des médecins généralistes. C'est effectivement par le « jeu dialectique » entre l'offre et les « besoins » de soins des populations, ou plus exactement de la « demande effective » de la consommation de soins des populations, que peut s'édifier la meilleure adéquation possible pour trouver la meilleure justice spatiale [10,-1] pour les populations en matière d'accès aux soins. Comme le signale John Rawls, il s'agit de « *corriger les inégalités non méritées afin de rétablir une meilleure équité par la maximalisation de l'utilité aux personnes les plus défavorisées* » [12]. De fait, connaître la pratique spatiale des usagers, en l'occurrence identifier les différents « territoires vécus des services d'accueil des urgences », devient fondamental pour toute planification sanitaire, qui n'est rien d'autre qu'un aménagement du territoire, c'est-à-dire une recherche d'équité dans la gestion des territoires.

Cette étude, ciblant une offre de soins de plus en plus dissociée des « besoins » réels des populations inégalement desservies, devrait permettre aux institutions décisionnaires d'intégrer les problématiques d'accès aux soins de la population. En intégrant une approche systémique, cette présente recherche cherche à démontrer l'apport du « territoire vécu » dans la structuration et la gestion des connaissances sur les pratiques spatiales de la population afin d'améliorer la prise en charge en matière d'accès aux soins de première ligne de la population en France métropolitaine en ciblant notamment l'accès aux services d'accueil des urgences.

La problématique de gestion des connaissances est assez souvent évoquée dans le contexte de la gestion de la firme et se caractérise par une approche systémique et multidisciplinaire. En effet, la connaissance étant un élément central du management des connaissances, elle bénéficie de plusieurs représentations. Chris Argyris souligne la fonctionnalité opérationnelle de la connaissance, « *savoir actionnable* » (*actionable knowledge*), la présentant à la fois comme une ressource du fonctionnement opérationnel de l'organisation et comme un moyen d'apprentissage organisationnel supposant une diffusion des connaissances acquises au sein de la communauté [13]. Ces caractéristiques de la connaissance sont décrites par Morin [14] comme les activités d'acquisition des connaissances et de cognition, représentant ensemble un Système de (ou des) connaissance(s) [15], ou le « Patrimoine de connaissances » dans la vision d'Eco [16]. Le modèle MAIKE proposé par Ermine [15] représente un système de gestion des connaissances par un groupe d'acteurs au sein de l'organisation. Le modèle se décompose en sous-système d'information (I), du patrimoine de connaissances (K), sous-système des réseaux d'acteurs (A) de la connaissance, de l'environnement (E) des acteurs et sous-système de marché (M). Ces éléments aident à formaliser et à capitaliser les flous des connaissances créées par les acteurs et mobilisées lors de la prise des décisions. En effet, les acteurs (A) analysent l'environnement (E) du fonctionnement de l'organisation ainsi que le comportement des clients (M), alimentant ainsi les compétences des acteurs et créant les connaissances indispensables pour la prise de décision. La formalisation et la gestion des connaissances se réalisent par le biais de l'interaction entre les acteurs (A) et le système d'information (SI). Enfin, le patrimoine de connaissances (K) accumule les connaissances créées et utilisées au sein de l'organisation. Ce patrimoine de connaissances représente une valeur (R) identifiée en fonction des problématiques abordées au sein de l'organisation (Figure 2). Le management des connaissances, quant à lui, fait référence à la nature systémique de la connaissance, intégrant à la fois les notions économique (capital connaissance), managériale (connaissance comme source de performance) et technologique (les moyens techniques de création, stockage et diffusion des connaissances). Ainsi, cette nature systémique suppose un recours aux multiples disciplines (économique, managériale, informatique, historique, mathématique, géographique, etc.) dans la définition de ses méthodes d'analyse [15]. L'intérêt de recourir au management des connaissances au sein des organisations s'explique par la nature même des connaissances. Bien que cet intérêt semble logique pour la firme, il n'est toutefois pas étranger au secteur public. En effet, initié à la notion de performance par le biais du nouveau management public, le secteur public cherche à valoriser son expérience organisationnelle et proposer la meilleure réponse aux besoins des usagers à tout niveau de l'échelle. Toutefois, l'intégration de la culture d'apprentissage dans le secteur public se confronte au défi majeur de ce type de structure, à savoir leur modèle organisationnel bureaucratique, qui non seulement s'appuie sur les règles et les normes dans son fonctionnement, mais a également une forte tendance à se protéger de tout changement. Selon Lemay *et al.* [17], l'intégration du management des connaissances dans un tel type d'organisation passe par la transformation de celle-ci en une organisation intelligente[1], capable d'interroger le paradigme de ses pratiques de fonctionnement [18]. La connaissance dans une telle organisation apprenante est désormais considérée non pas uniquement comme un objet, mais est représentée par une activité organisationnelle.

[1] Comme une forme avancée de l'organisation apprenante (Lemay *et al.*, 2012).

Matériels et méthodes

Selon le recensement de 2014 de l'Insee, la France métropolitaine compte 65 millions d'habitants répartis dans 35 755 communes (67 millions en 2024). Ces données permettent d'identifier les caractéristiques démographiques (âge, sexe) et socioéconomiques (catégorie socioprofessionnelle, mode d'habitat, formation, etc.) pour chaque commune.

Données

L'accès aux soins de première ligne en France métropolitaine est composé en premier lieu par le recours aux médecins généralistes et en second lieu par l'utilisation des services d'accueil des urgences. Les informations concernant l'activité des médecins généralistes sont colligées depuis la base « Datamart de consommation inter-régime » (DCIR), issue du Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM) d'une part et de la base de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) d'autre part. Dans la mesure où l'accès à la base du SNIIRAM suppose une autorisation de la CNIL[2], les données mobilisées pour cette recherche sont ciblées sur les années 2015-2017.

Pour analyser l'état de santé de la population, cette étude se réfère non seulement à la mortalité générale, mais également à la mortalité infantile, dont les données sont issues de l'Insee. Afin d'obtenir une base suffisamment robuste, les décès domiciliés sont regroupés sur cinq années, c'est-à-dire sur la période de 2015 à 2019. La méthode retenue pour mesurer l'état de santé de la population est celle de la standardisation indirecte. La construction de cet indicateur est réalisée en deux temps. Dans un premier temps, l'indice comparatif de mortalité (ICM) est calculé en fonction de chaque tranche d'âge annuelle et selon le sexe. Puis, dans un second temps, la mortalité attendue, d'une part, et la mortalité observée, d'autre part, sont regroupées par le regroupement des deux sexes.

Maillage territorial

Une bonne territorialisation doit reposer sur une construction territoriale pertinente afin de disposer d'un diagnostic territorial cohérent. Pour mettre en place un tel maillage infra-départemental opérationnel, il s'agit d'étudier les migrations « départ-arrivée » selon la « méthode des flux relatifs » mise en place par l'Insee dès 1975 [19-20]. Transposée dans le domaine de la santé [21], cette technique d'analyse des flux « domicile-services d'accueil des urgences » permet d'identifier le « territoire vécu du recours aux services des urgences », c'est-à-dire un territoire qui reflète la pratique spatiale réelle des usagers. Cette méthode est fondée sur le « tri décroissant » de chaque « lieu de départ de l'usager » vers tous les « lieux possibles d'arrivée de l'usager ». Les communes sont alors classées sans chevauchement ni omission, selon l'importance du lieu d'origine et de destination. Toutes les communes (domicile de l'usager) dont les flux majoritaires (même relatifs) du recours aux services d'accueil des urgences sont orientés vers une même commune d'arrivée (site d'urgence) constituent alors un « territoire vécu de services d'accueil des urgences ».

Dans la mesure où ce territoire est ciblé sur le recours aux soins spécifiques des urgences, il reflète la pratique spatiale homogène des usagers [22] et correspond par conséquent au « véritable territoire opérationnel du recours aux services d'accueil des urgences » [2, 8, 21-25] (Figure 1). La formulation de cette orientation majoritaire des usagers vers un site d'urgence s'écrit ainsi :

$$Lien\ majoritaire\ \text{Domicile/Site d'urgences}\ A = \frac{usagers\ issus\ de\ la\ commune\ \text{a}\ vers\ le\ pôle\ Urgences\ \text{« A »}}{\sum usagers\ d\ urgences\ issus\ de\ la\ commune\ \text{« a »}}$$

Où :
« a » est une entité spatiale de « départ » des recours aux services des urgences ;
« A » est un pôle hospitalier « d'arrivée » des recours aux services des urgences.

Après avoir construit les territoires vécus, il devient nécessaire d'analyser leur « contenu spatial ». Pour cela, des méthodes d'analyse statistique multivariée sont mobilisées, avec dans un premier temps un recours à la technique de l'analyse en composantes principales (ACP), puis dans un second temps une classification ascendante hiérarchique (CAH), afin d'élaborer une typologie territoriale. Enfin, à l'aune de cette typologie, un modèle organisationnel de gestion de connaissance, à savoir le modèle MAIKE, est adapté et appliqué dans le cadre d'une analyse qualitative. Ce modèle, proposé par Ermine [15], met en exergue une interaction entre les différents systèmes de gestion des connaissances, à savoir les acteurs de la connaissance, le système d'information, un patrimoine de connaissances, l'environnement et le client (l'usager).

[2] Autorisation CNIL 2016-073.

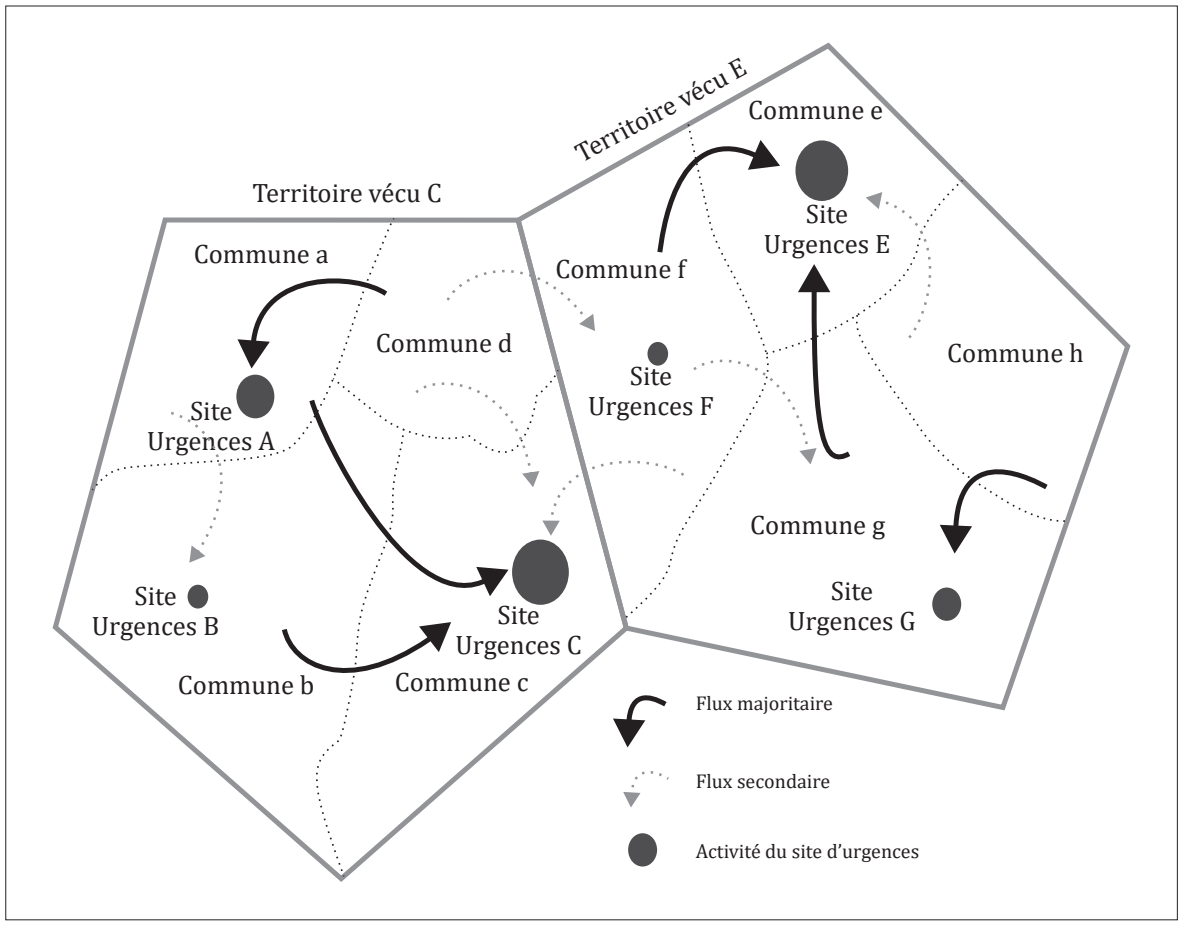


Figure 1 : Orientation majoritaire des usagers ayant recours aux services des urgences

Résultats

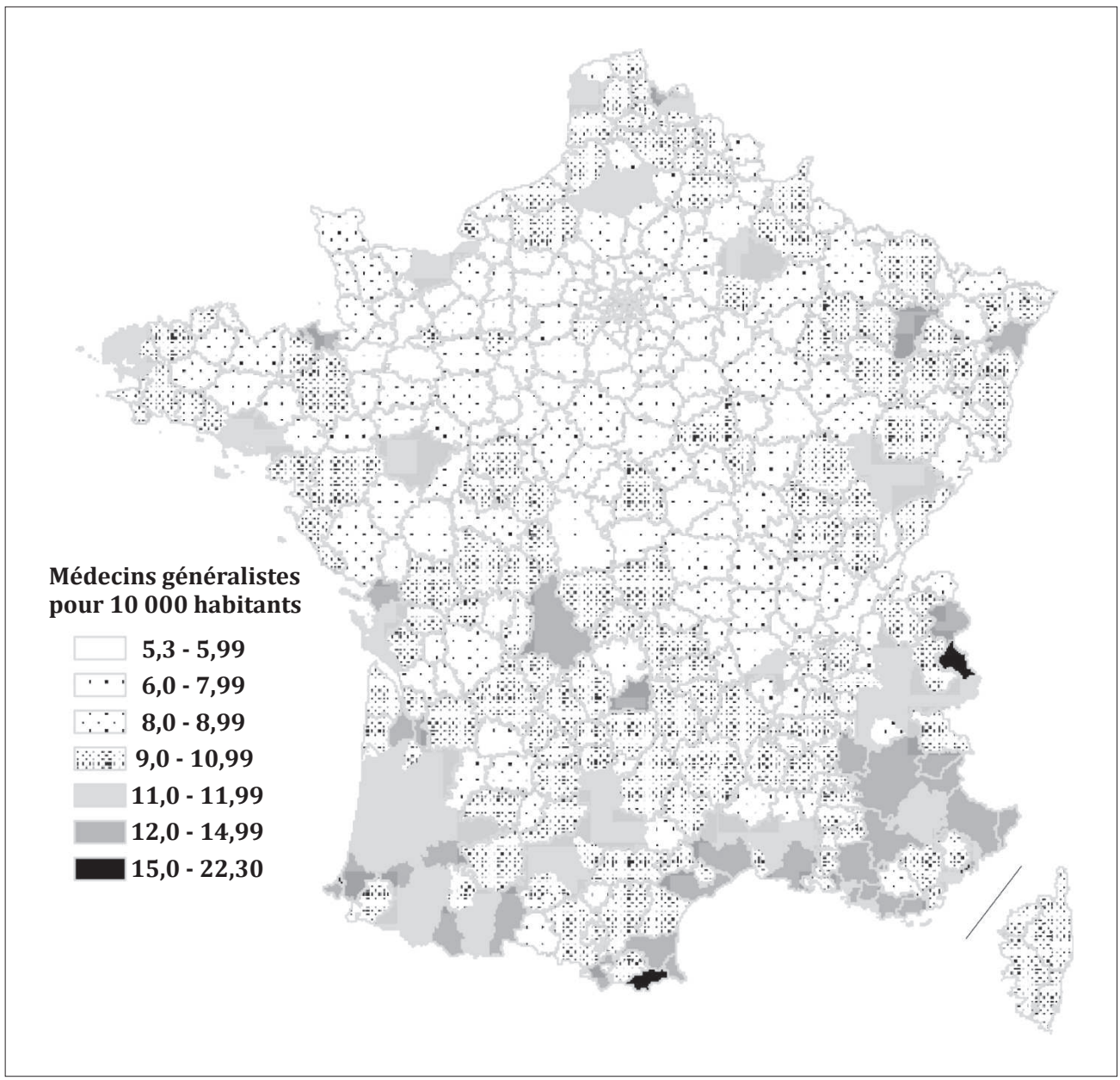
L'inégale répartition des médecins généralistes en France hexagonale

Chaque année, plus de 245 millions de consultations sont réalisées par 64 000 médecins généralistes, soit environ 3,8 consultations par habitant et une densité moyenne de 9,8 médecins pour 10 000 habitants. Les densités des médecins généralistes pour 10 000 habitants sont calculées en fonction de chaque territoire vécu des services d'accueil des urgences. Le premier constat, c'est que, de manière générale, les médecins ne sont pas là où se trouvent les besoins de la population en matière de santé. Les densités médicales de généralistes sont particulièrement importantes dans le sud du pays. En effet, 13 % de la population métropolitaine (8,5 millions d'habitants) répartie dans 42 territoires vécus des services des urgences bénéficie de plus de 12 médecins pour 10 000 habitants (18 % des médecins généralistes). Comme le fait remarquer Henri Picheral, l'installation des médecins généralistes obéit à la recherche d'affinités culturelles, sociales et à l'héliotropisme [26]. Les cinq territoires les mieux lotis de la France métropolitaine, où 360 000 habitants bénéficient du double des ressources de la médecine générale, sont ceux de Biarritz (16 MG/10 000 h), Bourg-Saint-Maurice (16 MG/10 000 h), Céret (18 MG/10 000 h)[3], Marseille Sud (18 MG/10 000 h) et Paris 13e arrondissement (22 MG/10 000 h)[4]. À l'inverse, plus d'un tiers de la popula-

[3] Cette densité de médecins généralistes doit être pondérée par la présence de l'établissement thermal du Boulou, qui draine une importante clientèle allochtone sur le territoire de Céret.

[4] Cette densité de médecins généralistes doit être pondérée par la présence du siège social de SOS Médecins, dont l'activité concerne une importante clientèle allochtone au territoire de Paris 13.

tion métropolitaine se trouve défavorisé face à la densité de médecins généralistes, avec moins de 9 médecins généralistes pour 10 000 habitants. Ces 23,5 millions d'habitants moins bien lotis se répartissent dans 207 territoires vécus des services des urgences situés pour l'essentiel au nord du pays, à l'exception de quelques territoires rattachés à de grandes villes (Lille-Roubaix-Armentières, Nancy, Strasbourg, Limoges, La Rochelle, avec 12 médecins généralistes pour 10 000 habitants ; ou Amiens, Caen, Reims, Besançon, Brest, Vannes et Angers, avec 10 médecins généralistes pour 10 000 habitants). Les dix territoires vécus des services d'accueil des urgences les plus défavorisés de la France métropolitaine regroupent une population de 945 000 habitants (1,5 % de la population métropolitaine). Cette population moins bien lotie bénéficie de moins de 6 médecins généralistes pour 10 000 habitants (Mayenne, Gisors, Givors, Thiais, Saint-Denis, Saint-Calais, Blanc-Mesnil, La Ferté-Bernard, Argenteuil, Forbach) (Carte 1).



Carte 1 : Médecins généralistes par territoires vécus des services d'accueil des urgences

Classification des territoires de vie des services d'urgences (TVSU)

Par ailleurs, la France métropolitaine compte 645 sites officiels de services d'accueil des urgences, qui accueillent plus de 17 millions de personnes pour des soins d'urgence (Source : SAE 2015), où plus des quatre cinquièmes (14,5 millions) de l'ensemble des passages sont pris en charge dans 521 établissements publics ou établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) et 14 % des passages (2,5 millions) sont réalisés dans 124 établissements privés à but lucratif (19 % des établissements). Au cours d'une année, 18 % des passages donnent lieu à une hospitalisation, par conséquent près de 14 millions de ces passages aux services des urgences sont réorientés vers le domicile de l'usager. L'analyse des flux des 35 000 communes de France métropolitaine vers les 645 services des urgences du pays en 2015 permet de dessiner 451 territoires vécus de recours aux services des urgences. Pour élaborer une typologie territoriale de ces territoires vécus spécifiques aux services des urgences, une trentaine de variables au total ont été retenues. Toutefois, quatre variables de santé publique (densités de médecins généralistes, taux de passages aux services des urgences pour 100 habitants, nombre de consultations d'un médecin généraliste par habitant, mortalité générale sous la forme d'indices comparatifs de mortalité) suffisent à saturer de manière optimale la variance de la matrice de Benzécri[5] en atteignant 76,55 % avec seulement deux facteurs. Pour l'axe du « Facteur 1 », trois variables se positionnent au-delà de la limite des 50 % à droite de l'axe central (et vertical) ; elles contribuent, par leur « valeur propre », à expliquer plus de 46,03 % de la variance des 451 territoires étudiés. La variable « Consultations des médecins généralistes par habitant » ainsi que la variable « Densités de médecins généralistes pour 10 000 habitants » (sur la droite de l'axe central) s'opposent à la variable « Passages aux services des urgences par habitant » (sur la gauche de l'axe central). Le deuxième facteur, quant à lui, participe pour 30,52 % à la saturation de la variance. Ici, la contribution à l'inertie de la variance est également réalisée par seulement deux variables qui se positionnent au-delà des 50 %. La variable concernant les « Densités de médecins généralistes pour 10 000 habitants » (en haut de l'axe central et horizontal) s'oppose maintenant à la variable concernant l'état de santé de la population (indice comparatif de mortalité) en bas de l'axe horizontal. Cette étape de l'ACP est essentielle pour la construction de l'analyse de la CAH. En effet, les quatre variables retenues viennent maintenant participer de manière active à l'élaboration de la typologie des territoires vécus des services des urgences. Pour classer l'ensemble de ces 451 territoires, la technique de classification utilisée repose sur la méthode de Ward. Ici, la rupture entre les nœuds d'agrégation n° 433 et n° 434, soit au niveau 200 de la distance euclidienne de l'échelle des distances d'agrégation des sauts d'inertie, symbolise la coupure du dendrogramme de la CAH permettant de regrouper ces 451 territoires initiaux en dix-huit classes de territoires les plus semblables. À ce stade, il s'agit d'élaborer une typologie en qualifiant les regroupements ainsi obtenus en fonction de la position de chaque variable face à la moyenne de référence de l'étude (Tableau 1).

Les variables des 451 territoires initiaux sont regroupées selon les classes auxquelles elles appartiennent dorénavant. Ainsi, les différents taux et indices sont recalculés pour chaque classe. Chaque variable est ensuite analysée en fonction de la moyenne de la France métropolitaine. Afin de caractériser les dix-huit classes de territoires, la variable retenue comme discriminante concerne les « Densités de médecins généralistes ». De fait, cette dernière apparaît déterminante dans le recours aux services des urgences dans les 451 territoires initiaux. En effet, la droite de régression montre une relation négative significative ($r = -0,3$; $r^2 = 0,09$; $P< 0,0000$), c'est-à-dire que les passages aux services des urgences augmentent de 9 % dès que les densités de médecins généralistes diminuent.

Groupe 1 des TVSU : classes proches de la moyenne

Pour la moitié des dix-huit classes étudiées, les densités de médecins généralistes sont comparables à la moyenne de la France métropolitaine avec un écart de plus ou moins 0,8 médecin généraliste pour 10 000 habitants. Trois classes disposent, quant à elles, de 0,8 à 1,5 médecin généraliste supplémentaire pour 10 000 habitants, et, à l'inverse, six classes apparaissent moins bien loties avec moins de 0,8 à moins de 2,5 médecins généralistes par rapport à la moyenne nationale.

Un premier groupe de neuf classes[6] regroupant 37,5 millions de personnes (58,5 % de la population métropolitaine) réparties dans 284 territoires vécus des

[5] Les traitements de données sont opérés depuis le logiciel « Statistica ».

6 T14, T6, T5, T12, T15, T18, T10, T16, T9.

Items/Typologie	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8
ICM Mortalité générale	100.1	86.8	95.8	116.8	119.1	95.7	109.8	94.4
ICM Mortalité infantile	141.2	118.8	148.7	100.0	100.0	91.1	111.1	120.4
Densités Médecins généralistes	8.2	9.1	8.5	8.0	9.5	9.4	7.7	8.4
Consulations MG/habitant	3.7	3.0	3.4	3.8	4.4	3.5	3.4	3.2
Passages urgence/100 habitants	54.5	35.1	39.8	28.1	25.6	27.3	31.8	30.2
% Population de 20 ans	7.2	6.8	7.2	6.9	7.6	6.6	7.2	7.2
Populatiion 80 ans/10000 hab	10.2	9.8	8.0	6.2	5.9	7.5	6.2	7.8
% agriculteurs	0.0	0.1	0.1	1.5	1.1	1.1	0.8	0.5
% artisans	5.4	5.0	5.2	5.8	5.2	7.0	5.1	5.9
% cadres	12.4	35.8	22.1	11.2	12.7	17.9	15.4	23.5
% populations intermédiaires	23.4	25.1	25.7	24.9	25.5	26.4	27.8	26.5
% employés	35.3	23.0	30.4	28.8	30.4	29.2	29.6	28.0
% ouvriers	23.5	11.0	16.4	27.8	25.1	18.3	21.2	15.6
% aucune scolarité	4.9	1.7	2.9	0.9	0.9	1.0	1.1	1.8
% sans diplôme du primaire	6.7	2.5	4.2	2.9	2.6	2.9	3.0	3.2
% sans diplôme du secondaire	9.0	4.1	6.1	7.3	6.0	5.7	6.2	5.2
% avec CEP	2.2	1.2	1.5	1.7	1.5	1.5	1.4	1.3
% avec BEPC	4.9	3.2	4.1	5.1	4.8	4.5	4.5	4.2
% avec CAP ou BEP	19.9	12.8	17.0	29.8	27.1	23.3	25.5	18.5
% avec baccalauréat	11.6	9.1	10.9	10.0	11.3	10.7	10.7	10.9
% avec baccalauréat prof	8.4	6.1	7.7	11.1	10.7	9.4	10.6	8.4
% avec bac+2	11.4	11.8	12.8	14.1	14.7	14.7	15.1	14.0
% avec bac+3 ou bac+4	10.0	14.8	13.1	9.3	10.8	12.2	11.0	13.0
% avec bac+5 ou doc médecine	10.1	30.0	18.3	7.3	8.9	13.1	10.1	17.9
% avec doctorat de recherches	0.9	2.7	1.6	0.5	0.8	1.0	0.7	1.5
% population immgrée	37.6	22.1	27.1	7.3	7.0	14.3	12.8	21.3
% propriétaires	38.9	40.1	41.3	62.4	61.0	57.2	60.1	50.9
% locataire non HLM	22.3	28.1	25.5	19.4	19.2	23.0	18.2	22.5
% locataire HLM	32.6	22.2	25.8	14.5	16.2	14.1	17.7	19.7

services des urgences possède des densités de médecins généralistes comparables (± 0,7 médecin généraliste pour 10 000 habitants) à la moyenne du pays, qui s'établit à 9,8 médecins généralistes pour 10 000 habitants ; une fréquentation des services d'urgences oscillant (± 4,5 passages pour 100 habitants) autour de la moyenne (22,7 passages pour 100 habitants) ; et un recours aux médecins généralistes par habitant semblable (± 0,5 consultation par habitant) à la moyenne (3,8 consultations par habitant). En matière d'état de santé, mesuré par l'indice comparatif de mortalité, ces typologies dites moyennes présentent toutefois des disparités avec la mortalité générale. Si elle est égale à la moyenne nationale pour la classe T15, quatre autres classes (T14, T5, T10 et T12) possèdent toutefois des populations dotées d'une mortalité supérieure de 6 % à 19 % par rapport à la moyenne, et quatre classes (T6, T16, T18 et T9) présentent des populations bénéficiant d'un bon état de santé, où la sous-mortalité s'échelonne de 1 % à 4 % par rapport à la moyenne nationale. Cette

T9	T10	T11	T12	T13	T14	T15	T16	T17	T18	Référence
96.8	106.0	97.6	116.8	97.2	117.8	100.0	95.9	75.7	98.8	**100.0**
83.8	100.0	100.0	88.3	91.6	90.7	100.0	100.0	100.0	83.2	**100.0**
10.2	10.1	11.3	9.6	10.7	9.2	9.8	10.1	10.6	10.1	**9.8**
3.8	4.3	4.1	4.4	4.0	4.5	4.0	3.7	2.8	3.9	**3.8**
17.8	19.2	12.7	16.5	15.9	22.3	20.6	22.1	22.8	24.4	**22.7**
7.4	7.4	8.2	7.0	7.9	7.4	7.4	7.9	6.3	7.2	**7.4**
7.8	8.0	7.4	6.6	5.8	6.9	7.5	7.3	12.1	7.9	**7.7**
1.9	1.8	1.2	1.9	1.5	1.5	1.4	1.3	0.1	1.8	**1.2**
7.0	6.3	6.9	6.4	6.7	5.6	6.5	6.9	6.0	7.2	**6.3**
17.3	15.5	18.5	12.2	18.5	12.4	15.1	18.4	43.3	14.2	**19.7**
25.8	25.9	27.3	25.2	26.5	25.9	26.7	26.9	23.4	26.4	**26.1**
27.5	28.2	27.9	29.4	27.1	29.2	28.9	27.5	20.3	28.7	**27.7**
20.5	22.3	18.2	25.0	19.7	25.5	21.4	18.9	7.0	21.7	**19.0**
0.7	0.7	0.7	0.5	0.7	0.6	0.8	0.9	0.9	0.8	**1.1**
2.2	2.3	2.0	2.1	2.1	2.5	2.5	2.4	1.9	2.5	**2.5**
4.7	5.0	4.0	5.0	4.3	5.9	5.2	4.8	3.2	5.1	**5.0**
1.3	1.5	1.1	1.5	1.2	1.6	1.4	1.3	0.9	1.4	**1.3**
4.0	4.2	3.7	4.3	3.8	4.6	4.3	3.9	2.6	4.3	**4.0**
25.0	25.7	22.2	29.2	23.1	28.0	25.7	22.7	9.7	26.4	**22.4**
10.2	10.3	11.0	10.3	10.5	10.5	10.8	10.5	8.4	10.6	**10.4**
10.0	10.3	9.5	11.4	9.7	11.2	10.4	9.4	5.0	10.5	**9.3**
15.2	15.1	16.2	15.5	15.6	15.2	15.6	15.1	11.6	15.5	**14.7**
12.1	12.0	13.8	11.0	13.0	10.8	11.6	12.9	15.4	11.8	**12.6**
12.9	11.9	14.5	8.6	14.5	8.7	10.7	14.5	37.5	10.3	**15.4**
1.7	1.0	1.4	0.6	1.4	0.6	0.9	1.4	2.8	0.8	**1.4**
8.3	7.0	8.3	4.9	9.6	5.3	9.5	10.7	19.6	7.7	**12.5**
60.6	60.1	54.9	64.9	55.8	63.0	59.0	54.1	41.5	60.5	**54.7**
23.0	22.8	27.5	21.2	27.4	19.6	23.2	26.9	31.2	23.3	**24.7**
11.0	12.6	12.4	10.2	11.3	14.0	13.2	13.4	17.0	11.6	**15.0**

disparité de la mortalité est en grande partie attribuable à l'effet géographique [27], lui-même influencé par des faisceaux interdépendants de variables culturelles et épidémiologiques, qui se superposent aux indicateurs analysés dans cette étude. Ces neuf « classes moyennes » sont composées d'une structure démographique plus âgée que la moyenne française. Toutefois, les personnes de plus de 80 ans sont sous-représentées dans les deux classes dont l'état de santé est le plus défavorisé (T14 et T5).

Groupe 2 des TVSU : classes « favorisées »

Un deuxième regroupement rassemble trois classes (T11, T13 et T17) couvrant 14,5 millions d'habitants répartis dans 72 territoires vécus des services des urgences. Ces 22,5 % de la population métropolitaine apparaissent plus favorisés, avec des densités de médecins généralistes supérieures à la moyenne de plus de 0,8 médecin généraliste pour 10 000 habitants, un moindre recours aux services des urgences et un bon état de santé. Les classes T11 et

T13 disposent, toutes deux, de la meilleure démographie médicale du pays, avec respectivement 11,3 et 10,7 médecins généralistes pour 10 000 habitants, un recours aux médecins généralistes par habitant (4,2 consultations par habitant) supérieur à la moyenne nationale et une sous-mortalité de 2 points en dessous de la moyenne nationale (ICM = 98 %). Seule la fréquentation des services d'urgences diffère légèrement entre ces deux classes, avec un recours aux services des urgences de 10 points en deçà de la moyenne pour la classe T11, soit 12,7 passages pour 100 habitants, et de seulement 7 points en dessous de la moyenne pour la classe T13. La population de la classe T17 est particulièrement favorisée. De fait, elle rassemble 2,6 millions d'habitants issus de 15 territoires vécus[7] des services des urgences dont la population est la mieux lotie du pays, avec 43 % de cadres. Bien que disposant d'un taux de recours aux services des urgences et d'une densité de médecins généralistes comparables à la moyenne de la France, cette population de la classe T17 dispose du meilleur état de santé du pays (ICM = 76 %). Cette situation est loin d'être inédite [28-29], et s'explique par le fait que les cadres supérieurs ont plus facilement recours aux soins de médecins spécialistes et recourent moins aux médecins généralistes. Enfin, les classes T11, T13 sont composées d'une proportion de personnes âgées de plus de 80 ans (5,8 % de la population totale) comparable à la moyenne nationale (5,9 % de la population totale). En revanche, la classe T17 détient le plus fort taux de population âgée (12 % de la population totale).

Groupe 3 des TVSU : classes « défavorisées »

Le dernier regroupement rassemble six classes (T1, T2, T3, T4, T7 et T8) couvrant 12 millions d'habitants répartis dans 95 territoires vécus des services des urgences. Cette population apparaît comme la plus défavorisée de la France métropolitaine, par des densités de médecins généralistes inférieures à la moyenne du pays (de 0,8 à 2,1 médecins généralistes en moins pour 10 000 habitants), par une très forte fréquentation des services d'urgences, supérieure de 5 à 31 passages pour 100 habitants à la moyenne nationale, et par un recours aux médecins généralistes par habitant semblable (± 0,5 consultation par habitant) à la moyenne (3,8 consultations par habitant).

Il existe cependant un contraste important au sein de ces classes défavorisées. De manière paradoxale, la classe T2 montre une sous-mortalité inférieure de 13 points par rapport à la moyenne nationale. En fait, il existe au sein de cette classe un « effet rebond » lié à la sous-mortalité des 13 territoires vécus initiaux qui la composent. Les territoires vécus élémentaires de Paris et de sa proche banlieue (Paris 12e, Paris 13e, Paris 18e, Clamart, Antony, Argenteuil, Meulan) entraînent un « effet géographique » qui masque la surmortalité effective des territoires de la grande banlieue parisienne (Mantes-la-Jolie, Tremblay-en-France) et des territoires vécus en région (Givors, Die). En matière d'immigration, ces territoires sont particulièrement contrastés, avec une faible représentation des populations immigrées en province (Die = 7 %, Compiègne = 8 %, Givors = 10 % de la population totale), alors que ces proportions dépassent systématiquement un cinquième de la population totale en Île-de-France (Paris 12e, Paris 13e, Paris 18e, Mantes, Meulan, Clamart, Antony, Tremblay-en-France), notamment dans le territoire d'Argenteuil (32 % d'immigrés dans la population totale).

Cette situation se retrouve également pour la classe T3, où six territoires du centre de la région francilienne (Paris 18e, Colombes, Thiais, Clichy, Le Kremlin-Bicêtre, Montreuil, Aulnay-sous-Bois) et de Marseille (Centre) cachent également une surmortalité des territoires vécus de province (Marignane, Verneuil-sur-Avre, Le Creusot) ou de certains territoires adjacents à Paris (Saint-Denis, Bagnolet, Nanterre, Gonesse). Les populations immigrées sont sous-représentées dans les territoires de province (Verneuil-sur-Avre = 6 %, Bédarieux = 7 %, Le Creusot = 8 %, Marignane = 9 %, Marseille centre = 13 % de la population totale) alors que ces proportions sont toujours supérieures à 27 % pour les territoires composant cette classe T3 (Thiais, Colombes, Paris 19e, Le Kremlin-Bicêtre, Montreuil, Bagnolet) ; il y a plus de 31 % de population étrangère dans la population totale des territoires de Nanterre et de Clichy-sous-Bois, deux territoires dépassent 37 % (Gonesse, Aulnay-sous-Bois) et celui de Saint-Denis atteint même 47 %. Dans ces deux classes (T2 et T3), la population des plus de 80 ans est sous-représentée (inférieure à 4,5 %) par rapport à la moyenne nationale (5,9 % de la population totale).

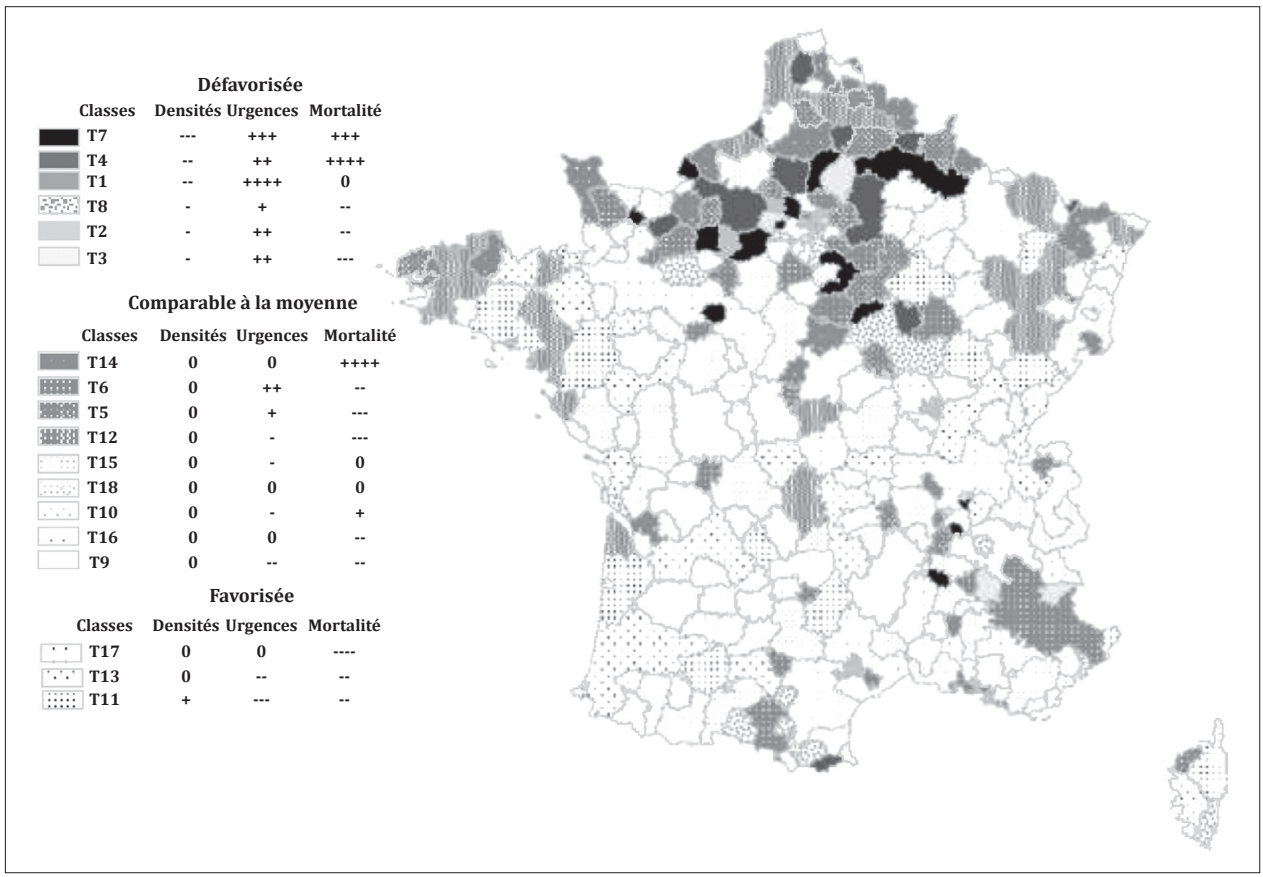
En revanche, la classe T1 présente, de manière paradoxale, une mortalité comparable à la moyenne nationale bien qu'elle soit composée d'une population très démunie. Elle regroupe sept territoires vécus d'urgences très défavorisés, dont cinq sont situés en proche banlieue de Paris (Vitry-sur-Seine, Aubervilliers, Le Blanc-Mesnil, Bondy). Ces derniers bénéficient de « l'effet rebond géographique »

[7] Bry-sur-Marne, Suresnes, Neuilly-sur-Seine, Le Chesnay, Saint-Germain-en-Laye, Saint-Mandé, Versailles, Le Port-Marly, Levallois-Perret, Paris 14e, Briançon, Paris 15e, Boulogne-Billancourt, Cannes, Marseille 8e.

et disposent d'une mortalité générale inférieure à la moyenne nationale qui masque la surmortalité des trois autres territoires vécus élémentaires des urgences de ce regroupement, notamment les territoires de Stains (ICM = 103), de Sarcelles (ICM = 109) et de Marseille nord (ICM = 104). Cette classe T1 est dotée d'une population dont le taux d'octogénaires est le plus faible du pays (inférieur à 4,8 % de la population totale) et le taux de population immigrée le plus fort de la France, avec 37 % de personnes immigrées contre 12 % au niveau national.

La classe T4 montre une surmortalité de 16 points par rapport à la moyenne nationale. Les quinze entités spatiales qui composent cette classe T4 sont des territoires situés hors Île-de-France (sauf Coulommiers), et toutes présentent une surmortalité supérieure de plus de 8 points à la moyenne nationale (Céret, Évreux), de plus de 10 points pour sept territoires vécus (Falaise, Coulommiers, Elbeuf, Beauvais, Soissons, Tonnerre, Eu, etc.), et de plus de 20 points pour six territoires (Château-Thierry, Pont-Audemer, Péronne, Hirson, Forbach, etc.), où Saint-Omer occupe la première place avec un ICM de 126 %. La population immigrée est globalement sous-représentée dans cette classe T4 (7 %), à l'exception de trois territoires vécus, où les étrangers sont surreprésentés (Coulommiers et Évreux = 9,3 %), notamment Forbach avec plus de 18 % de la population totale.

La dernière classe (T7) regroupe des unités spatiales défavorisées, avec une surmortalité ainsi qu'un recours aux services des urgences supérieurs de 10 points par rapport à la moyenne nationale. Sur les dix-neuf territoires vécus qui composent cette classe T7, trois sont situés dans la grande banlieue d'Île-de-France (Aubergenville, Pontoise et Melun) et deux autres en province (Priest, Roussillon). Ces cinq territoires présentent une mortalité comparable à la moyenne nationale. En revanche, quatorze autres territoires vécus possèdent une mortalité supérieure de 5 points à la moyenne nationale (Saint-Calais, Privas, L'Aigle, Joigny, Le Havre, Montereau, Dreux, Nemours, Laon, Rethel, etc.). Quatre autres territoires sont les plus mal lotis du pays et dépassent la moyenne nationale de 25 points (Montdidier, Clermont, Chauny et Aunay-sur-Odon).



Carte 2 : Typologie des 18 classes de territoires vécus des services d'accueil des urgences

Discussion

L'identification du territoire vécu passe par les phases à la fois de codage et de modélisation des connaissances, qui permettent de transformer les connaissances tacites en connaissances explicites [30], et donc « visibles » pour les organismes publics[8]. Ainsi, le territoire vécu est ici présenté comme un modèle dans le sens exprimé par Durand-Dastès [31] : « Une représentation schématique de la réalité élaborée en vue de l'expliquer, ou encore de la comprendre et de la faire comprendre » [15]. En effet, la réalité décrite par le territoire vécu permet de mettre en exergue les expériences spatiales réelles de consommation des services de soins par les usagers. Cela représente un élément incontournable dans la planification des services de soins par les pouvoirs publics, dont les pratiques de planification s'inscrivent encore dans une logique jacobine et un système fermé de circulation des informations. Ainsi, le territoire vécu peut être décrit comme un objet de connaissance, ou capital connaissance, qui s'aligne sur les caractéristiques « exploitation/exploration » de March [32], permettant d'amorcer les « boucles simple et double d'apprentissage » d'Argyris [13, 33] au sein même des organismes publics. En effet, la première boucle d'apprentissage permettrait de confronter les « nouvelles connaissances » aux pratiques de planification opérationnelle afin d'adapter l'offre de soins aux besoins réels et imminents de la population, tandis que la deuxième boucle d'apprentissage permettrait d'apporter des modifications structurelles plus profondes dans les politiques publiques en matière d'organisation de l'offre de soins, en modifiant même le paradigme de l'approche de la planification. Enfin, la troisième boucle d'apprentissage permettrait d'inscrire les connaissances dans l'ensemble des pratiques des organismes publics intervenant en matière de politiques de santé « *par un système d'unités organisationnelles reliées en connexions synaptiques pour un apprentissage du système dans sa totalité* » [17].

L'intégration du management des connaissances devient donc incontournable pour les organisations publiques afin de pouvoir poursuivre leurs objectifs. En ce sens, le modèle MAIKE, à savoir le modèle complet et systémique d'un système gérant des connaissances (SGC) proposé par Ermine [15], est mobilisé et adapté pour pouvoir démontrer une potentielle mise en place du processus de management des connaissances au sein des structures publiques de planification des services de soins en intégrant le territoire vécu comme un objet de connaissance (Figure 2).

Le modèle MAIKE met en perspective plusieurs acteurs et éléments dont l'interaction participe à la construction du patrimoine de connaissances. Le cadrant continu (rectangle en haut de la figure 2) représente le modèle actuel de la création et de la diffusion de la connaissance appliqué aux organismes publics en charge de la politique de soins. En effet, l'information est codée par le biais du système d'information (I) à partir de différentes bases de données, dont le SNIIRAM et l'Insee, et ensuite interprétée par les structures publiques (A) afin de procéder à la modélisation de la « réalité » et à la mise en place des politiques de planification des services de soins. Les modélisations réalisées alimentent le patrimoine de connaissances (K), qui est systématiquement mobilisé par les acteurs pour répondre aux différentes problématiques de la politique de soins. Toutefois, ce fragment du modèle de création et de management des connaissances s'apparente au circuit fermé, ou système fermé (modèle AIK d'Ermine), où la création de connaissances ne tient pas compte des facteurs exogènes comme l'environnement (contexte) externe et l'expérience spatiale des usagers. Le risque majeur d'un tel système isolé de management des connaissances est la production et l'alimentation d'un capital de connaissances biaisé et représenté par les modèles théoriques qui ne prennent pas en considération une véritable consommation spatiale des services de soins par les usagers et donc les véritables besoins de la population en soins de premier recours.

Ainsi, le modèle de gestion des connaissances proposé dans la présente recherche alimente le modèle actuel (cadrant continu de la figure 2) par les flux d'interaction entre les différents acteurs mobilisés autour du territoire vécu en tant qu'objet de connaissance (cadrant discontinu en gris sur la figure 2). En effet, les processus de codage et d'interprétation de l'information (flèches) par les organismes publics (A) sont réalisés à partir de l'interaction entre le système d'information (I), l'environnement (E) et les pratiques spatiales des usagers (M). Ces processus résultent du territoire vécu, alimentant ainsi le patrimoine de connaissances des structures publiques. L'intégration du territoire vécu en tant qu'objet de connaissance dans les flux compétences-cognition permet d'adapter les politiques publiques aux réels besoins en soins de la population. Ceci conduit à la mise en place d'une véritable dynamique d'apprentissage, inscrivant l'organisation dans une double boucle d'apprentissage et l'amenant au changement du paradigme des approches de planification de soins (flux modélisation).

[8] Ministère, agences régionales de santé (ARS).

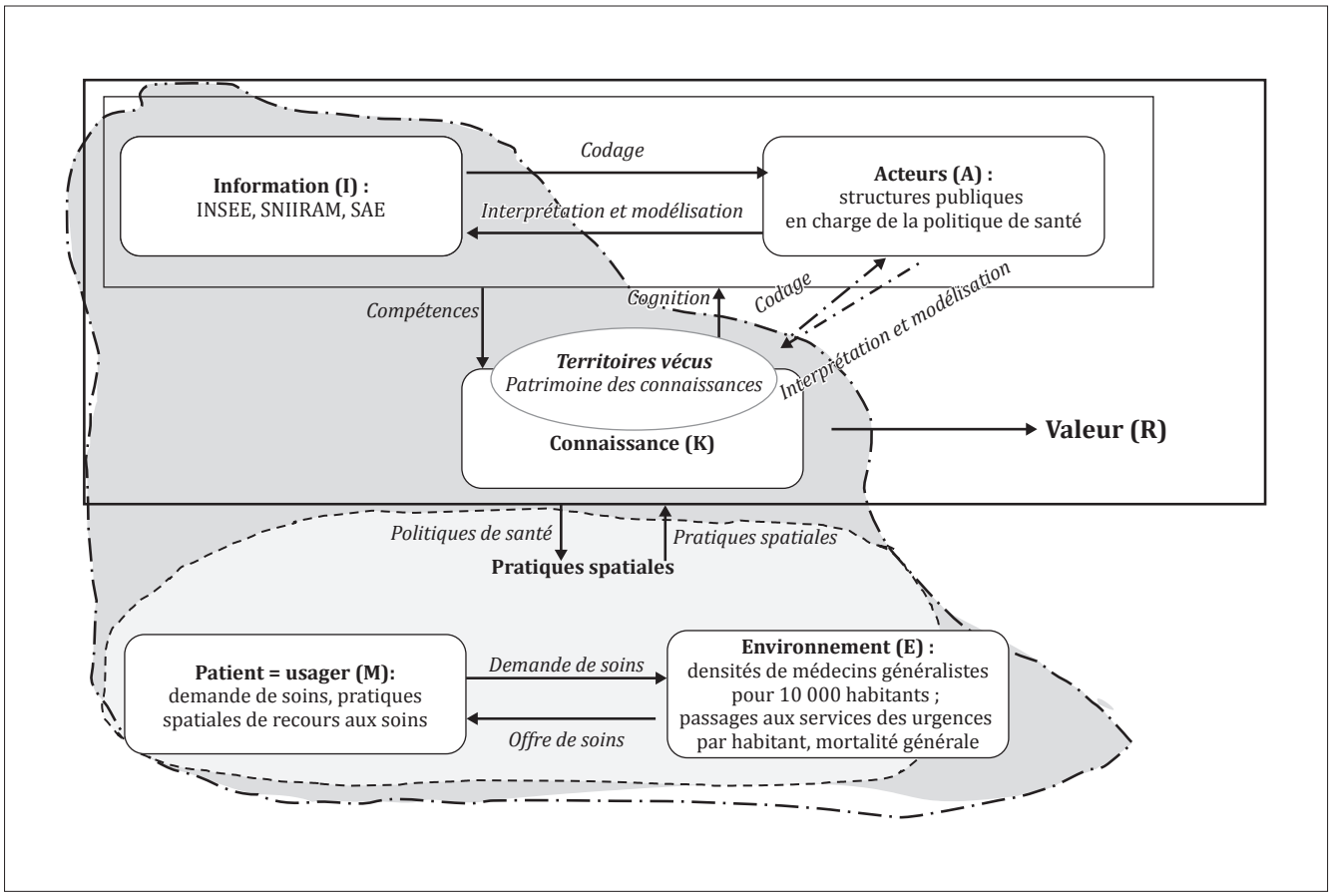


Figure 2 : Modèle de management des connaissances autour du territoire vécu

Ainsi, le modèle MAIKE proposé par Ermine [15] s'appuie sur une représentation systémique de la connaissance, statuant que les connaissances (tacites et explicites) ne sont pas forcément attachées aux acteurs (ou objets) des organisations, mais représentent un résultat de l'interaction entre acteurs et éléments. En effet, la création de la connaissance par le biais du territoire vécu n'est possible que par l'interaction des différents acteurs du territoire. Toutefois, ceci va dans le sens inverse des pratiques habituelles des organismes publics. En effet, le principe actuel de création et de diffusion des connaissances s'inscrit dans une approche « *up-down* », à savoir « du haut vers le bas », présentant les organismes publics comme les experts ultimes dans la création des connaissances. Toutefois, comme cela a été présenté dans l'analyse quantitative, les pratiques spatiales des services de soins par les usagers ne suivent pas véritablement les modèles théoriques produits par les organismes publics, ce qui remet en cause l'efficacité même de la politique publique.

Conclusion

Le diagnostic territorial est nécessaire pour éclairer les politiques publiques, dont les résultats sont évalués et capitalisés par les organismes publics sous la forme de connaissances, afin de répondre de la manière la plus adéquate possible aux besoins en soins de la population. Ainsi, la gestion des connaissances en matière d'organisation spatiale des services de soins nécessite une démarche systémique et multidisciplinaire. La présente recherche s'appuie sur une démarche à la fois géographique et managériale afin de produire un modèle graphique et opérationnel de gestion des connaissances autour du territoire vécu à l'attention des organismes publics. L'échelle retenue dans cette étude permet une évaluation au niveau infra-départemental. Ici, le territoire vécu du recours aux services des urgences propose une échelle opérationnelle

pertinente pour représenter les inégalités spatiales du paysage socio-sanitaire de la France métropolitaine. Les interactions entre les indicateurs de recours aux soins de première ligne, représentés par les densités de médecins généralistes, les passages aux services des urgences, ainsi que l'état de santé de la population par l'intermédiaire de la mortalité générale, permettent de mettre au jour une mosaïque territoriale des populations favorisées ou défavorisées. Le constat permet ainsi de mieux préparer les différents programmes de santé régionaux (PRS).

Toutefois, le choix du territoire vécu comme référence dans la planification des services de soins permet aux organismes publics non seulement de mobiliser une réponse à court terme, mais également de l'inscrire dans le patrimoine de connaissances par le biais d'une double boucle d'apprentissage. Ainsi, la présente recherche met en exergue l'apport de l'approche multidisciplinaire fondée sur les réflexions à la fois de géographie de la santé et de management dans la construction du modèle de management des connaissances au sein des organisations publiques dans la perspective d'améliorer les politiques publiques en matière d'organisation spatiale de soins de premier recours.

Cette étude a pour ambition d'apporter une aide à la décision à destination des décideurs administratifs, élus et usagers, par une présentation des techniques d'analyse quantitative et qualitative propres à alimenter les diagnostics territoriaux indispensables à la mise en œuvre de chaque schéma régional d'organisation des soins (SROS), schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS), voire du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

Références bibliographiques

1. Rojot J. Théorie des organisations. Paris, France: Édition ESKA; 2005. 540 p.
2. Kananovich K, Macé JM. Dessiner le territoire de savoir au service du territoire de pouvoir. Exemple des médecins généralistes en France métropolitaine. Actes du colloque « Apprendre des territoires / Enseigner les territoires ». CIST; 2023. p. 376-9.
3. Barlet M, Coldefy M, Collin C, Lucas-Gabrielli V. L'Accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux. Études et Résultats. 2012;795.
4. Huff David L. A Probabilistic Analysis of Shopping Center Trade Areas. Land Economics. 1963;39(1):81-90.
5. Ricketts TC, Goldsmith LJ, Holmes GM, Randolf R, Lee R, Taylor DH, et al. Designating Places and Populations as Medically Undeserved: A Proposal for a New Approach. Journal of Health Care for the Poor and Underserved. 2007;18(3):567-89.
6. Vergier N, Chaput H. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? [En ligne]. Drees; 2017. 62 p. Disponible sur:https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd17.pdf
7. Frémont A. La région, espace vécu. France, Paris: P.U.F.; 1976. 223 p.
8. Macé JM, Picheral H. Les territoires vécus : les bassins médicaux. In: De Kervasdoué J et Picheral H (dir.). Santé et territoire. Carnet de santé de la France. Paris, France: Dunod/Mutualité française; 2004. 224 p.
9. Di Méo G. Production des territoires et des espaces vécus. Exemples de Pau et de Bordeaux. Annales de géographie. 2024;755(2024/1):5-24.
10. Reynaud A. Société, espace et justice. Inégalités régionales et justice socio-spatiale. Paris, France: P.U.F.; 1981. 264 pages.
11. Bret B. Pour une géographie du juste - Lire les territoires à la lumière de la philosophie morale de John Rawls. Nanterre, France: Presses universitaires de Paris-Ouest; 2022. 278 pages.
12. Rawls J. Théorie de la justice. Paris, France: Éditions du Seuil; 1987.
13. Argyris C. A Life Full of Learning. Organization Studies. 2003;24(7):1178-92.
14. Morin E. La méthode. Tome 3. La connaissance de la connaissance. Paris, France: Éditions du Seuil; 1986.
15. Ermine JL. Management et ingénierie des connaissances : modèles et méthodes. Cachan, France: Hermès Science Publications-Lavoisier; 2008.
16. Eco U. La Structure absente : introduction à la recherche sémiotique. Paris, France: Mercure de France; 1972. 448 p.
17. Lemay L, Bernier L, Rinfret N, Houlfort N. Maturité organisationnelle des organisations publiques et management des connaissances. Canadian Public Administration. 2012;55(2):291-314.
18. Tsoukas H, Chia R. On Organizational Becoming: Rethinking Organizational Change. Organization Science. 2002;13(5):567-82.
19. Terrier C. Réalité des pays lorrains d'après les déplacements domicile-travail en 1975. Dossiers de l'économie lorraine. 1978;32-33.
20. Ronsac JJ, Bessy P, et al. Zones d'échanges habitat-emploi : contours en 1982 et évolution 1975-1982. Cahiers Aspects. 1986;14.
21. Macé JM. La notion de « territoire » comme outil de la planification sanitaire. Regards. 2007;31:97-111.
22. Kononovich K, Macé JM, Yuryeva E. Impact of Population Ageing on Hospital Consumption and Medical Demography in Metropolitan France: The Example of Obstetricians. Medical University. 2018;1(1).
23. Macé JM. Des outils pour la planification hospitalière : l'exemple de l'hôpital de Lagny-sur-Marne. Cahiers de sociologie et de démographie médicale. 2003;43(1).
24. Macé JM. La démographie médicale des chirurgiens en France. Centre international de recherche en économie de la santé (CIRES), EN3S; 2007.
25. Kononovich K, Macé JM. Un site interactif au service d'une meilleure connaissance des urgences en France : le numérique en santé au service des territoires vécus. Netcom. 2022;36(3-4).
26. Picheral H. Médecine libérale et espace médical en France, spécialisation et besoins. In: Bully A, Périat M (dir.). Médicométrie régionale. Paris, France: Anthropos; 1984. p. 33-57.
27. Elbaum M. L'état de santé de la population en France en 2006, indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique [En ligne]. Drees; 2007. 254 p. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-12/etat_sante_france_2006-2.pdf

28. Mizrahi An, Mizrahi Ar. Évolution des disparités dans le recours aux soins de médecin. CREDES. 1993;949.
29. Mormiche P. Les disparités de recours aux soins en 1991. Économie et Statistique. 1993;265:45-52.
30. Nonaka I, Toyama R, Konno N. SECI, *Ba* and Leadership : A Unified Model of Dynamic Knowledge Creation. Long Range Planning. 2000;33(1):5-34.
31. Durand-Dastès F. Les modèles en géographie. In: Collectif. Encyclopédie de géographie. Paris, France: Éditions Économica; 1992. p. 311-24.
32. March JG. Exploration and Exploitation in Organizational Learning. Organization Science. 1991;2(1):71-87.
33. Argyris C. The Executive Mind and Double-loop Learning. Organizational Dynamics. 1982;11(2):5-22.