

**LES CONTRATS LOCAUX DE SANTE A LA CROISEE DES RELATIONS ENTRE
L'ETAT, LES COLLECTIVITES TERRITORIALES ET LEURS GROUPEMENTS**

Marina Honta

Professeur des Universités

Chercheur au Centre Emile Durkheim (UMR CNRS 5116)

Université de Bordeaux & Sciences Po Bordeaux (France)

marina.honta@u-bordeaux.fr

**Communication au séminaire
LES CONTRATS LOCAUX DE SANTE
7 et 8 mars 2017
Besançon**

Pour assurer la régulation de l'action publique locale de santé l'élaborer, les ARS disposent du contrat local de santé (CLS). Conçu comme un instrument « de civilisation des relations interinstitutionnelles » (Doat, 2017 : 119), il doit permettre d'organiser une territorialisation coopérative par l'articulation de leur projet régional de santé aux actions menées localement. Elles sont ainsi invitées à reconnaître et soutenir les capacités de mobilisation des collectivités ou de leurs groupements afin de construire ce que ne prévoit pas la loi, une distribution concertée des compétences en la matière. A cette aune, elles sont dépendantes de la contribution des acteurs publics locaux, leur enrôlement et engagement dans cette entreprise de mise en ordre de la santé ouvrant, de fait, l'espace de la négociation (Friedberg, 2009 : 15). Le déploiement et l'appropriation des CLS observés en régions Nouvelle Aquitaine, Hauts de France et Occitanie (encadré 1) constituent ainsi un bon analyseur de la façon dont l'État tente, par l'intermédiaire de l'ARS, d'engager puis de contrôler le processus d'institutionnalisation de l'action collective (Duran et Thoenig, 1996). D'un point de vue analytique, cette orientation incite à questionner la place et le rôle de l'État dans la construction de capacités territoriales de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Alors que la démarche de contractualisation a incontestablement permis d'accentuer l'apprentissage de la dynamique partenariale car les acteurs impliqués dans les négociations travaillaient déjà ensemble sur divers dossiers, les compromis adoptés attestent des difficultés que rencontrent parfois les ARS pour s'extraire des jeux locaux et imposer leurs priorités. Cette dynamique partenariale, par ailleurs, n'échappe pas aux tensions aux voire luttes institutionnelles. L'analyse de la manière dont les acteurs institutionnels en présence (ARS, services déconcentrés de l'Etat, collectivités territoriales et leurs groupements) perçoivent ce dispositif contractuel et se servent des partenariats ou dispositifs déjà existants, permet de mettre en évidence trois stratégies structurant les attitudes dans les négociations préalables à sa signature : elle met en présence des acteurs *soucieux de maintenir une position de centralité, d'affirmer leur visibilité et légitimité dans le domaine de la santé ou, enfin, de rester à distance de cette dynamique en campant sur les frontières sectorielles déjà instituées.*

Plus généralement, la dynamique à l'œuvre atteste que la manière par laquelle les représentants de l'ARS, des services déconcentrés, des collectivités territoriales et de leurs groupements participent et réagissent à cet engagement traduit une lutte permanente pour définir et légitimer les échelles d'intervention pertinentes, les acteurs qu'elles consacrent et qui leur donnent sens.

Encadré 1 : Précisions méthodologiques

L'étude faite porte sur les modalités de fabrication de CLS « de première génération ». Elle est concentrée sur une étape précise de ce processus de contractualisation : celle du diagnostic territorial et des négociations préalables à la définition des axes stratégiques de ces contrats et partant, à leur signature. Étudier les usages de cet instrument de coopération territoriale consiste à identifier comment les acteurs, placés ici en situation d'interdépendance, investissent les espaces organisés de concertation, convoquent arguments et savoirs afin de désigner et définir des problèmes, et, au bout du compte, produisent du sens pour l'action collective. Si l'espace régional est pris comme unité d'étude et de comparaison, cette dernière consiste à examiner plus précisément les façons de faire de la santé publique (Fassin, 2008) dans les rapports entre l'État et les territoires afin de mieux en saisir les ressorts actuels (Volery, 2008 ; Crespy et Simoulin, 2016). L'analyse s'appuie, pour chaque terrain, sur un corpus de données issu de la littérature de première main relative aux CLS et, plus généralement, à la régulation des politiques de santé (rapports publics, documents-cadres, textes réglementaires et administratifs, etc.). Une enquête qualitative a ensuite été menée entre 2013 et 2016. Des observations directes ont été réalisées (séminaires ou groupes de travail, comités de pilotage) ainsi que plus de cinquante entretiens semi-directifs auprès d'acteurs institutionnels pour la plupart. L'étude des traces écrites (ordres du jour, comptes rendus, indicateurs sanitaires territoriaux disponibles ou construits, articles de la presse locale) a également été effectuée. Outre les interrogations, pressions et les formes de marchandage repérables, les types de connaissances convoquées, la manière dont les informations tirées du diagnostic sont ou non mobilisées et les processus de prise de décision, ont été examinés.

Financée par le Conseil régional d'Aquitaine, la recherche s'inscrit dans le cadre des contrats suivants (coordonnés par Marina Honta)¹ : *Activité physique, alimentation et territoires. Une analyse comparée des modes de régionalisation des programmes de prévention et d'éducation à la santé en Aquitaine, Midi-Pyrénées et Nord-Pas de Calais, 2012-2015* ; *Analyse comparée de la gouvernance urbaine des politiques d'éducation et de promotion à la santé, 2014-2018*. Élaborés en toute indépendance, les choix théoriques, méthodologiques et empiriques opérés par les chercheurs permettent de livrer les résultats de recherches toujours en cours.

1 - L'incertitude financière comme opportunité de peser dans les échanges et affirmer une position de centralité

Les négociations qu'engagent les ARS auprès des collectivités territoriales et de leurs groupements pour la signature des premiers CLS autorisent l'emprunt au modèle explicatif du gouvernement « à crédit » (Crespy et Simoulin, 2016 : 486). Crédit du fait de la situation désargentée de l'État français qui recourt d'autant plus aux politiques constitutives qu'il est en pratique, désormais, incapable de les financer à lui seul et dépend des fonds ou cofinancements que lui apportent notamment les collectivités territoriales. Cette démarche de contractualisation n'a de sens en effet que parce que celles-ci ont saisi l'opportunité du « desserrement du verrou de l'État » (Le Galès, 1999) pour se mobiliser alors que les compétences légales ne distribuent pas leurs rôles respectifs en matière de santé, domaine traditionnellement du ressort de l'État (Monnereau, 2015). Crédit également au sens que ces autres acteurs accordent (encore) une très grande foi aux prétentions et aux affirmations des

¹ Sont mobilisés dans ces contrats les chercheurs suivants : Nadine Haschar-Noé, Emilie Salaméro, Loïc Sallé, Jean-Charles Basson et Samuel Julhe.

acteurs étatiques, quand bien même ils ont régulièrement constaté que les financements garantis étaient souvent retardés voire réduits ou annulés.

Alors que l'attribution de cofinancements constitue une dimension centrale de la construction d'un partenariat, qui plus est contractuel, les négociations engagées au titre des CLS ont été marquées par une incertitude financière : les ARS ont annoncé que cet outil ne bénéficierait pas de moyens financiers spécifiques excepté pour le diagnostic et l'ingénierie de coordination. Cet élément représente pour les représentants des ARS un frein à l'engagement des acteurs infra-étatiques qu'ils ont eu du mal à infléchir : « *On a du mal à mobiliser des moyens financiers, explique l'un d'eux. C'est toute la question de l'animation, de la coordination du CLS ! Parce qu'il faut bien comprendre qu'au niveau national, il n'y a aucune ligne de financement spécifique sur l'animation des CLS. A la différence de la politique de la Ville où il y a une ligne sur les Ateliers santé ville. Alors, c'est difficile d'accompagner les collectivités, de leur faire comprendre qu'il n'y aura pas forcément de moyens financiers supplémentaires. On est quand même en restriction budgétaire partout ! On cherche plutôt à essayer de mutualiser pour rendre tout ça plus cohérent. C'est vrai que c'est pas toujours très vendeur...* ».

La méconnaissance globale de ces informations essentielles plonge les élus locaux (comme les autres catégories d'acteurs censés participer : professionnels de santé, représentants d'associations médico-sociales, etc.) dans la perplexité et introduit, dans les échanges, des résistances et partant, une structure de pouvoir défavorable aux ARS² même si les acteurs locaux ne méconnaissent pas le risque de se voir exclus, par la suite, de potentiels financements. Dans ce contexte, les élus n'hésitent pas à exploiter cette situation. Le CLS devient dans ce cadre un levier d'intervention mobilisé pour faire valoir leurs propres visions, peser dans les négociations et confirmer, par là même, une position de centralité. Rappelant à l'envi qu'ils n'ont pas la compétence santé – argument œuvrant telle une « porte de sortie » (Monnerau, 2015) voire une menace de retrait des négociations - cette posture traduit surtout le fait qu'ils rechignent à se sentir totalement liés par les choix de l'État. Ils expriment ainsi le refus d'être « *un terrain d'application du plan stratégique régional de santé... et de se plier au diktat de l'ARS* » (Haschar-Noé et Salaméro, 2016).

- Aussi, l'une des trois ARS, « tenue » par les termes de son contrat d'objectifs et de moyens l'engageant à signer deux premiers CLS avant la fin de l'année en cours, a dû convaincre les collectivités de s'impliquer dans la démarche et de maintenir leur participation. Alors que des tensions voire des conflits l'opposait aux élus quant au maintien du plateau chirurgical de l'hôpital local menacé de fermeture et sur lequel l'ARS refusait de s'engager financièrement, des échanges de concessions ont permis l'avancée de la procédure. Le renoncement étant au cœur même de tout compromis (Thuderoz, 2013), l'accord s'est finalement scellé au prix d'un arrangement négocié de façon informelle avec les élus. Celui-ci a consisté à ne pas fermer ce plateau, objet du litige ici, « *en échange* » de quoi, la « *jeune* » ARS, soucieuse d'affirmer son leadership territorial, a souhaité que les élus retirent le volet santé d'un contrat de

² La notion de pouvoir est entendue dans le sens que lui donnent les sociologues des organisations, autrement dit « une relation de pouvoir n'est pas imposition unilatérale d'une volonté, mais bien un échange négocié (implicitement ou explicitement) d'engagements dans un contexte d'interdépendance, elle ne peut se penser dans une réciprocité qui s'incarne à son tour dans des règles du jeu. Il faut en effet penser la relation de pouvoir comme une relation complexe dans laquelle cohabitent toujours des dimensions d'exploitation et des dimensions de coopération, des dimensions d'accord (sur au minimum la permanence souhaitable de l'échange) et de conflit (pour déplacer les termes d'échange) (Friedberg, 2009).

revitalisation signé par plusieurs communes avec les Conseils départemental et régional afin qu'il relève du CLS. L'ARS, prise dans de tels marchandages et luttes inter institutionnelles ayant sclérosé le processus de négociations pendant plus de trente mois avant la signature de l'accord, s'est vue contrainte d'adopter un mode d'animation des échanges plus participatif et ascendant, autrement dit plus respectueux des problématiques sanitaires du territoire, de la population et des politiques locales de santé « déjà là » (Lascoumes, 1996). Partant, l'une de ses représentante reconnaît avoir aussi « *perdu la main... comme un aveu que l'on a besoin que les collectivités soient présentes... ce qui démontre notre impuissance* ».

- Il en est de même sur un autre site où appliqués à (ré)affirmer leurs compétences en matière d'action sociale et médicosociale et leur relative autonomie financière et politique (Hudebine et *al.*, 2014), les élus départementaux ont négocié « pied à pied » la création d'une seule Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) au lieu des quatre que voulait imposer l'ARS. Cette condition qualifiée de « *non négociable* » par le vice-président pour signer le CLS, visait à faire «... *respecter le schéma général autonomie voté démocratiquement par l'assemblée départementale et consolider le conseil départemental comme le chef de file du médico-social en l'adossant à la Maison départementale des personnes handicapées* » (Haschar-Noé, Salaméro et Honta, 2015).

2 - Le CLS, un outil autorisant des formes de légitimations réciproques

En dépit de cet important facteur de fragilisation de l'action étatique, le lancement de cette démarche de contractualisation offre aussi aux protagonistes en présence l'opportunité de construire des formes de reconnaissance réciproque et de conquérir ou renforcer une légitimité dans le domaine de la santé.

Des élus et des agents administratifs considèrent effectivement que cette démarche de contractualisation opère comme un facteur de valorisation des actions engagées et procure, en ce sens, des ressources symboliques importantes.

- Il en va ainsi des grandes villes, membres du réseau « Villes santé » de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), animées par la volonté d'accroître la visibilité de leur action tant au sein de la collectivité (« *inscrire dans le marbre l'engagement de la collectivité dans ce domaine* ») qu'à l'extérieur (Honta et Basson, 2015).
- C'est également le cas de deux établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), une Métropole et une communauté d'agglomération. Saisissant les évolutions offertes par le contexte législatif attribuant de nouvelles prérogatives aux groupements *via* la métropolisation ou la réforme de la politique de la Ville³, ils conçoivent leur engagement comme participant de la mise en « régime de visibilité » de leur action – *i.e.* les moyens mis en œuvre ou prévus pour permettre à l'objet de gouvernement de s'installer de façon régulière et non contestée, d'être reconnu et légitime (Smits et *al.*, 2016) – régime qui demeure encore à construire. N'ayant pas acquis le rang de collectivité territoriale de plein exercice, cette catégorie d'institution publique souffre toujours d'un manque de légitimité politique et démocratique. Partant, elle est condamnée à poursuivre sa « bataille politique » (Tomas, 2012).

Les EPCI bénéficient ici du soutien de l'ARS qui, en retour, retrouve prise sur la définition

³ Les contrats de ville étant signés à cette échelle désormais.

des orientations des politiques territoriales de santé et sur l'échelle souhaitée de leur élaboration. Regrettant que l'action locale demeure fortement fragmentée, leurs représentants invoquent fréquemment, en effet, le niveau supra communal comme « optimum dimensionnel » (Offner, 2006) en matière d'opérationnalisation et de contractualisation. Les registres argumentatifs mobilisés en témoignent : « *On ne peut pas signer avec tout le monde, annonce clairement un cadre de l'ARS. Donc, on est partis sur les intercommunalités ! C'est le niveau qui correspond le mieux aux dynamiques existantes et aux zones où les habitants se déplacent. Et on va voir quels sont les problèmes concrets. Qu'est-ce qui est prioritaire, côté ARS ? Qu'est-ce qui est prioritaire, côté habitants ? C'est comme ça qu'on a écrit la politique de l'ARS* ».

Ces propos témoignent de stratégies d'un État qui jouerait un rôle clé dans la légitimation des institutions de gouvernement aux échelles inter ou supra communale en donnant priorité aux politiques conduites à ces niveaux.

Néanmoins et au titre des résistances ou craintes observées ici, les communes membres des EPCI ou les Conseils départementaux engagés dans la contractualisation, sont peu désireux parfois de voir remettre en question l'ordre politique local qu'ils ont contribué à façonner en ce domaine. Au titre des répertoires de légitimation mobilisés pour assurer la fabrication de la capacité politique des EPCI et pacifier les systèmes intergouvernementaux aussi bien en milieu urbain que rural, figure la réduction des inquiétudes en rappelant que le principe de subsidiarité fonde le plan d'action intercommunal.

Cette méthode d'enrôlement et de non-agression des communes et des Conseils départementaux - par l'explicitation, la légitimation - portée conjointement par les élus intercommunaux et les représentants de l'ARS lors des comités de pilotage, consiste à prévenir des risques de formation d'une coalition d'acteurs qui s'opposerait à l'initiative des EPCI alors même que les actions concrètes susceptibles de renforcer l'opérationnalité de la coopération ne sont pas encore engagées. Parce que la confiance joue un rôle moteur dans un partenariat inter-organisationnel, cette opération visant à lever craintes et résistances est également menée en « coulisses » par les agents du réseau ARS/DT et ceux des EPCI accompagnés, sur certains sites, par les opérateurs associatifs (IRESP) sollicités pour leur expertise en matière d'accompagnement et appui méthodologique.

3 - Les points de tensions : défendre la primauté des dispositifs, des échelles de régulation de la santé et débattre de ce qui « fait problème » en matière de santé

Pour les ARS, la construction d'une capacité politique à se positionner, voire à s'imposer, comme acteur légitime de la régulation territoriale de santé implique en effet de composer avec les routines institutionnelles et professionnelles déjà présentes sur le territoire. Aussi, cette entreprise est mise à l'épreuve d'institutions publiques défendant la primauté de leurs dispositifs respectifs, des échelles de leur déploiement et le CLS est alors perçu comme concurrençant ces derniers.

- Il en va ainsi en milieu urbain, plus précisément dans plusieurs villes relevant de la géographie prioritaire de la politique de la Ville. Ici, élus et agents municipaux mobilisent plus particulièrement l'expérience du fonctionnement des ateliers santé ville (ASV), démarche partenariale et participationniste déployée depuis le début des années 2000 (Honta, 2017), pour revendiquer sa pertinence comme celle de l'échelle d'intervention qu'est le quartier. Partant, ils ravivent ce lien intime que les politiques locales donnent à voir entre, d'une part, la proximité, garante d'une perception plus fine et plus immédiate des enjeux, des ressources et des handicaps des territoires et, d'autre part, la cohérence et l'efficacité des politiques effectivement produites par la

mobilisation d'une pluralité d'acteurs (Pinson, 1998). L'un des coordonnateurs de ces ASV précise ainsi : « *Je ne vois pas le CLS comme une opportunité mais comme du formalisme qui, comment dire ça, n'apporte pas de valeur ajoutée à la démarche des ASV. De valeur ajoutée pour les publics, pour les acteurs. Je trouve tout cela ennuyeux car lorsque je regarde ce qui se fait ailleurs, il y a quand même beaucoup de CLS qui sont des copier-coller de choses existantes. Non, il ne faut pas se leurrer sur la valeur ajoutée de ce truc-là, du tout. Après, ce qu'il faut bien jouer, c'est le maintien de la spécificité de l'action santé et des ASV sur les territoires politiques de la ville, essayer de la conserver car là il y a une spécificité d'intervention, un outil très novateur de lutte contre les inégalités de santé* ».

Dans la mesure où le territoire fonctionnel que les acteurs municipaux considèrent pertinent pour traiter les questions sanitaires et sociales reste le quartier, leurs résistances à la dynamique de contractualisation engagée par l'ARS recèlent le risque que s'autonomise, au sein des villes ou des agglomérations, un espace alternatif de régulation de la santé publique.

- Il en est de même en milieu rural pour les ARS souhaitant intégrer et mobiliser les Conseils départementaux dans la fabrication des CLS et élargir ainsi la population et le périmètre d'action concernés. Si celui-ci apparaît comme un indicateur « technique » ou simplement « géographique » pour l'ARS, sa définition revêt une forte dimension politique car il renvoie aussi à un territoire d'action à construire comme « bien commun ». Par exemple, la définition du territoire d'action du premier CLS signé dans l'une des régions a fait l'objet de conflits récurrents avec le Conseil départemental dont la politique médico-sociale est structurée de longue date selon un découpage en quatre Pays et non selon les « bassins de santé » définis par l'ARS.

La non congruence entre ces diverses échelles territoriales engendre ainsi des rapports conjoncturellement tendus entre ces « associés-rivaux » (Mabileau, 1997) que sont les collectivités territoriales et les ARS, une telle situation traduisant, là encore, l'ambiguïté de la décentralisation dans ce secteur et la peine qu'éprouvent les ARS à procéder à la régulation de l'action publique de santé (Honta et al., 2011 ; Rolland, Pierru, 2013 ; Haschar-Noé et al., 2015). Dans ce contexte, leurs représentants rappellent que le déploiement du CLS doit se faire sur des bases qui n'entendent pas remettre en cause les principes d'égalité de tous devant la santé et l'accès aux soins. Autrement dit, ils défendent une conception rappelant que toute la population est concernée (et pas seulement les habitants des quartiers prioritaires notamment), ces éléments de cadrage n'étant pas partout aisés à affirmer et à faire partager tant ils valorisent une approche descendante et planificatrice de la santé.

4 - Des facteurs de fragilité parfois difficiles à dépasser

Quatre principaux facteurs expliquent que les ARS peinent à assumer les fonctions d'un Etat stratège qui dessinerait avec les acteurs locaux les grandes lignes directrices du plan d'action d'un CLS, en suivrait l'exécution et la pertinence tout en jouant son rôle de garant de l'intérêt général.

- Mobilisées dans la démarche contractuelle très tôt après leur création et leur propre organisation interne, elles n'ont pas eu le temps de développer un réseau relationnel à l'échelle locale avec leurs Délégations territoriales ou départementales contrairement, par exemple, aux partenariats et pratiques collectives de travail que les ASV ont durablement permis d'ancrer dans les quartiers.
- Non épargnées ensuite par la logique de réduction des dépenses publiques portée par la Révision générale des politiques publiques, elles souffrent d'un déficit de moyens

humains et en compétences d'ingénierie de projet et d'animation nécessaires à la lecture des enjeux territoriaux et des ordres politiques locaux. Ces compétences sont parfois maîtrisées par les seuls agents positionnés au siège des ARS ayant, par ailleurs, d'autres dossiers à traiter (Rolland et Pierru, 2013).

- Enfin, elles ont éprouvé des difficultés à mettre en pratique la dimension intrinsèquement transversale de la santé laquelle peut potentiellement impliquer l'ensemble des échelles et domaines d'action publique. Effectivement, la santé demeure une notion floue et multidimensionnelle (Borraz et Loncle-Moriceau, 2000), sujette à diverses interprétations en fonction de la formation des acteurs en présence et de leurs modes de socialisation professionnelle. Ceci peut mettre à l'épreuve la démarche de diagnostic partagé, la lecture des indicateurs disponibles, leur partage par les divers services administratifs, etc.
- Dans ce contexte et à l'image de ce qui est observé en matière de développement durable, qu'il s'agisse des représentants de l'Etat ou des collectivités territoriales, ces acteurs préfèrent parfois camper sur les frontières institutionnelles et sectorielles existantes que relever ce défi de la transversalité et du décloisonnement. Ils maintiennent alors à la marge de la contractualisation les partenariats déjà construits entre services déconcentrés de différents ministères (Direction régionale de l'agriculture, de l'alimentation et de la forêt, Rectorat et Direction départementale des services de l'Education nationale, Direction régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale, *etc.*) et acteurs publics locaux. Il en va ainsi des programmes menés au titre de la gouvernance alimentaire, de l'éducation à la santé des publics scolarisés, de la lutte contre la sédentarité, de la résorption de l'habitat insalubre, de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ou des actions en direction des publics précaires, etc. Aussi et bien que le déploiement des CLS dépende de la capacité des acteurs publics à dépasser les frontières institutionnelles et sectorielles existantes de l'action publique et à produire de nouvelles coalitions (intégrées) d'acteurs, ces stratégies visant pour les collectivités territoriales et les services déconcentrés de l'État à rester à distance, sont considérées par les représentants des ARS comme des facteurs potentiels de blocage de leur démarche de mise en ordre territoriale de la santé.

Le poids de ces logiques sectorielles conjugué à l'hétérogénéité des territoires aboutissent à un émiettement de l'action publique locale que le travail d'agrégation engagé au titre du CLS n'a pas permis de renverser sur plusieurs sites. Elles confirment plus généralement qu'un paysage procédural fragmenté place les élus locaux à l'interface de divers réseaux d'action publique qu'ils sont seuls à même de pouvoir articuler ou mobiliser s'ils y trouvent intérêt. Alors que les services déconcentrés ou agences de l'État ont toujours été soucieux de préserver leur position, leur autonomie d'action et leur réseau dans l'espace régional, leur « résidualisation » (Epstein, 2013) suite aux récentes réformes de son administration territoriale, accentue ce positionnement, chacun voulant (r)établir son influence dans un marché politique territorial où, pour exister et peser dans le jeu, il faut pouvoir trouver des clients (Thoenig, 1994).

Conclusion

Parce qu'elles peinent à imposer leurs vues, le contrôle de la démarche de contractualisation par les trois ARS se révèle très relatif et profondément différencié en fonction des territoires et des rapports de force en présence. Reste qu'il y a bien ici aussi des intérêts communs qui sous-tendent les négociations (Volery, 2008 ; Friedberg, 2009 ; Thuderoz, 2013) : la valorisation d'une position centrale et des formes de légitimation réciproque figurent au titre de ces derniers. Dans ce processus, en effet, les positions des uns et des autres doivent être

conquises et préservées tout au long des négociations. Les services de l'Etat, les ARS, les collectivités territoriales et leurs groupements se considérant, régulièrement et réciproquement, comme des partenaires-rivaux peu fiables, produire de l'assentiment demeure peu évident quand les intérêts sont divergents et incertaines les ressources susceptibles d'être obtenues à ce titre.

L'impression de bricolage local qui domine dans ce secteur d'action publique comme dans bien d'autres (Le Goff, 2002), explique que l'action publique locale de santé semble se trouver au milieu du gué, à la jointure entre deux périodes : celle où l'Etat gérait de manière unilatérale et verticale les problèmes sanitaires et celle où la santé locale serait un « bien commun » partagé entre l'Etat, les communautés politiques... et la société civile souvent absente des négociations observées.

BIBLIOGRAPHIE

- AUST Jérôme, CRESPIY Cécile, EPSTEIN Renaud et REIGNER Hélène (2013), « Réinvestir l'analyse des relations entre l'État et les territoires », *Sciences de la société*, n°90, p. 3-21.
- BERGERON Henri, CASTEL Patrick et NOUGUEZ Eric (2011), « Un entrepreneur privé de politique publique ». La lutte contre l'obésité, entre santé publique et intérêt privé », *Revue française de science politique*, vol.61, n°2, p. 201-229.
- BORRAZ Olivier et LONCLE-MORICEAU Patricia (2000), « Permanences et recompositions du secteur sanitaire. Les politiques locales de lutte contre le sida », *Revue française de sociologie*, vol.41, n°1, p. 37-60.
- CLAVIER Carole, HASSENTEUFEL Patrick et LONCLE Patricia. (2005), « L'affirmation des politiques sanitaires et sociales urbaines », *Pouvoirs Locaux*, vol.2, n°65, p. 52-56.
- CRESPIY Cécile et SIMOULIN Vincent (2016), « Le gouvernement à crédit. Tâtonnements des gouvernants, aveuglement des gouvernés ? », *L'Année sociologique*, vol.66, n°2, p. 465-492.
- DOAT Mathieu (2017), « De la suppression de la clause générale des compétences...des caprices de la décentralisation », *Pouvoirs locaux*, vol.1, n°109, p. 115-120.
- DURAN Patrice et THOENIG Jean-Claude (1996), « L'État et la gestion publique territoriale », *Revue française de science politique*, vol.46, n°4, p. 580-623.
- EPSTEIN Reneaud (2013), *La rénovation urbaine. Démolition-reconstruction de l'Etat*, Paris, Presses de Sciences Po.
- FASSIN Didier (dir.) (1998), *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte.
- FASSIN Didier (2008), *Faire de la santé publique*, Paris, Editions de l'EHESP.
- FRIEDBERG Erhard (2009), « Pouvoir et négociation », *Négociations*, vol.2, n° 12, p. 15-22.
- HALPERN Charlotte, LASCOUMES Pierre et LE GALES Pierre (dir.) (2014), *L'instrumentation de l'action publique. Controverses, résistances, effets*, Paris, Presses de Sciences Po.
- HASCHAR-NOE Nadine, SALAMERO Emilie, HONTA Marina (2015), « La gouvernance différenciée des Contrats Locaux de Santé », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol.33, n°6, p. 375-388.
- HASCHAR-NOE Nadine et SALAMERO Emilie (2016), « La fabrication d'un contrat local de santé « expérimental » : négociations et compromis sous tensions », *Sciences sociales et santé*, vol 34, n°2, p. 81-105.
- HONTA Marina, HASCHAR-NOE Nadine et SALLE Loïc (2011), « La fabrique des territoires de santé publique en France. Une analyse comparée de la mise en œuvre du Programme national nutrition santé en Aquitaine, Midi-Pyrénées et Nord-Pas de Calais », *Cahiers de Géographie du Québec*, vol.55, n°156, p. 379-397.
- HONTA Marina et BASSON Jean-Charles (2015), « Healthy cities : A new political territory. An analysis of local healthcare governance in the city of Bordeaux », *French Politics*, vol.13, n°2, p. 157-174.
- HONTA Marina (2017), « Les épreuves du mandat de coordonnateur des Ateliers Santé Ville. Mutations de l'action publique et stratégies de résistance », *Sciences sociales et santé*, vol. 35, n° 1, p.71-96 (sous presse).
- HUDEBINE Hervé, JOURDAIN Alain et MUNOZ Jorje (2014), « Les premières années des ARS dans le secteur médicosocial », *Journal de gestion et d'économie médicales*, n°31, p. 81-96.
- LASCOUMES Pierre (1996), « Rendre gouvernable : de la « traduction » au « transcodage ». L'analyse des processus de changement dans les réseaux d'action publique », dans CURAPP, *La gouvernabilité*, Paris, PUF, p. 325-337.
- LE GALES Pierre (1999), « Le desserrement du verrou de l'État ? », *Revue internationale de politique comparée*, vol.6, n°3, p. 627-653.
- LE GOFF Tanguy (2002), « Les contrats locaux de sécurité à l'épreuve du terrain : réflexions sur l'action publique locale en matière de sécurité », *Politiques et management public*, vol.20,

n°1, p. 105-121.

MABILEAU Albert (1997), « Les génies invisibles du local. Faux-semblants et dynamique de la décentralisation », *Revue française de science politique*, vol. 47, n°5, p. 340-376.

MONNEREAU Lise (2015), « Les collectivités dans l'action publique de la santé. Recomposition des champs d'intervention et construction de la légitimité », dans Thomas ALAM et Marion GURRUCHAGA (dir.), *Collectivités territoriales et santé. Regards croisés sur les frontières de la santé*, Paris, L'Harmattan.

OFFNER Jean-Marc (2006), « Les territoires de l'action publique locale. Fausses pertinences et jeux d'écart », *Revue française de science politique*, vol.56, n°1, p. 27-47.

PINSON Gilles (1998), « Politiques de déplacements urbains : mobilisations territoriales et recherche de cohérence dans l'action publique urbaine », *Politiques et management public*, vol.16, n°4, p. 119-150.

ROLLAND Christine et PIERRU Frédéric (2013), « Les Agences Régionales de Santé deux ans après. Une autonomie de façade ? », *Santé Publique*, vol.25, n°4, p. 411-419.

SMITS Pernelle, PREVAL Johanne et DENIS Jean-Louis (2016), « Prendre en compte la santé dans les politiques publiques. Étude d'un régime de gouvernementalité au Québec », *Sciences sociales et santé*, vol.34, n°2, p. 45-70.

TABUTEAU Didier (2013), « Les pouvoirs de la santé : la complexité d'un système en quête de régulation », *Les Tribunes de la santé*, vol.4, n°41, p. 37-55.

THUDEROZ Christian (2013), « Le problème du compromis », *Négociations*, vol.2, n°20, p. 95-111.

TOMAS Mariona (2012), *Penser métropolitain ? La bataille politique du Grand Montréal*, Québec, Presses de l'université du Québec.

VOLERY Ingrid (2008), « Sociogenèse d'un mode de gouvernance territoriale. Le cas d'un contrat éducatif local », *Revue française de science politique*, vol. 58, n°5, p. 743-771.