

LA FABRIQUE DU GOUVERNEMENT MÉTROPOLITAIN DE LA SANTÉ

L'épreuve de la légitimation politique

Marina Honta, Jean-Charles Basson

Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.) | « *Gouvernement et action publique* »

2017/2 N° 2 | pages 63 à 82

ISSN 2260-0965

ISBN 9782724634969

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-gouvernement-et-action-publique-2017-2-page-63.htm>

Pour citer cet article :

Marina Honta, Jean-Charles Basson « La fabrique du gouvernement métropolitain de la santé. L'épreuve de la légitimation politique », *Gouvernement et action publique* 2017/2 (N° 2), p. 63-82.

DOI 10.3917/gap.172.0063

Distribution électronique Cairn.info pour Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.).

© Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

LA FABRIQUE DU GOUVERNEMENT MÉTROPOLITAIN DE LA SANTÉ

L'épreuve de la légitimation politique

— Marina Honta et Jean-Charles Basson —

Résumé : Traditionnellement dévolue à l'État, la santé n'échappe pas au processus de territorialisation de l'action publique dont les configurations sont marquées par la fragmentation et les concurrences institutionnelles. La question est alors posée de la désignation et de la légitimité de l'autorité chargée d'assurer l'articulation entre les différents niveaux de gouvernement impliqués dans la promotion de ce secteur. Au sein de l'agglomération bordelaise, le contrat et l'échelle métropolitaine constituent les leviers privilégiés par l'État pour se repositionner au sein de la régulation politique de la santé. Or, la manière par laquelle les représentants de l'agence régionale de santé, des villes et de la métropole participent et réagissent à ces orientations traduit une lutte permanente pour définir et légitimer les échelles d'intervention pertinentes, les acteurs qu'elles consacrent et qui leur donnent sens et, ce faisant, les frontières territoriales et sectorielles du gouvernement urbain de la santé.

MOTS-CLÉS : GOUVERNEMENT – LÉGITIMATION – MÉTROPOLIS – SANTÉ – VILLES

THE CONSTRUCTION OF THE METROPOLITAN GOVERNMENT OF HEALTH. THE TEST OF POLITICAL LEGITIMATION

Abstract: Healthcare has traditionally been the role of the State, but has not escaped the process of territorialisation of public initiatives which are marked by institutional competition and fragmentation. This raises the question of the designation and legitimacy of the authority responsible for structuring the various levels of government involved in promoting this sector. For the urban area of Bordeaux, the contract and the metropolitan scale are the levers which are preferred by the State in order to reposition itself in terms of healthcare policy regulation. Yet, the manner in which the representatives of the Regional Health Agency, the cities and the metropolitan authority participate in and react to these orientations, reveals a constant struggle to define and legitimise the relevant scales of intervention, the actors they involve and who give them meaning, and, in so doing, the territorial and sectorial boundaries of the urban government of healthcare.

KEYWORDS: CITIES – GOVERNMENT – HEALTH – LEGITIMACY – METROPOLITAN AUTHORITY

La perpétuation de la crise économique et la remise en cause des politiques de redistribution d'inspiration keynésienne qui l'accompagne voient la majeure partie des États occidentaux, et singulièrement la France, transformer leurs modalités de gouvernement *via*

l'accroissement des compétences confiées aux pouvoirs locaux¹. Ce « fort référentiel de territorialisation » (Mabileau, 1999) découle des réformes successives de décentralisation et de renforcement de la coopération intercommunale, marque les modes d'adaptation des actions étatiques aux différents contextes d'application et favorise l'engagement d'une diversité d'acteurs dans la formulation des politiques (Moquay, 2009). Nouvelle norme paradigmatique de l'action publique guidant le gouvernement des territoires, elle marque un profond changement des modes traditionnels d'intervention des autorités publiques, et plus particulièrement de l'État (Duran, 2011, p. 475).

Emblématique du « jacobinisme apprivoisé » (Grémion, 1976), le champ de la santé n'échappe pas à cette évolution selon laquelle les orientations ministérielles donnent lieu à des aménagements locaux sur la base de compromis passés entre préfets, fonctionnaires d'État et élus placés en situation d'interdépendance et « condamnés » à s'entendre (Pierru, 2010). Les collectivités territoriales et leurs groupements ont saisi l'opportunité du « desserrement du verrou de l'État » (Le Galès, 1999) pour se mobiliser dans un secteur où les compétences légales ne délimitent et ne distribuent pas les rôles respectifs entre les différents niveaux de gouvernement (Honta, Haschar-Noé, 2011 ; Monnereau, 2015). Si certains élus locaux ont tardé à s'engager, les acteurs étatiques voient aujourd'hui leur domination, voire leur exclusivité, contestées par des entrepreneurs publics lorgnant des pans du pouvoir sanitaire régalién (Clavier, 2007). Bien que certaines collectivités et groupements de communes cherchent, dans un contexte de globalisation et de compétition politique entre territoires, à se construire en modèle (Bergeron *et al.*, 2011), les politiques locales de santé représentent une catégorie d'interventions dont la légitimation et la stabilité sont différemment appréciées et assurées (Hassenteufel *et al.*, 1998 ; Borraz, Loncle-Moriceau, 2000 ; Clavier *et al.*, 2005 ; Basson *et al.*, 2013a). Leur ancrage territorial est constitutif de configurations d'action publique peu épargnées par la fragmentation, par les concurrences institutionnelle, organisationnelle et professionnelle, par la distance existant entre les différents niveaux de gouvernement et, en leur sein-même, par une forme d'éclatement se manifestant sur les plans horizontal et vertical.

La territorialisation des politiques de santé fait débat (Amat-Roze, 2011) car elle questionne la légitimité de l'autorité chargée d'articuler entre eux les différentes strates de son gouvernement. Si le « territoire » est consacré comme l'échelle où se révèlent et se traitent les problèmes publics par la mobilisation et la coordination des autorités responsables (Duran, Thoenig, 1996 ; Schweyer, 2004 ; Honta, 2016), la régulation politique du secteur de la santé suppose la production de règles tendant à organiser l'action collective et à lui conférer un sens politique. En région, ce rôle d'animation et d'intégration des initiatives est confié aux agences régionales de santé (ARS). Leur récente création officialise « l'ambition régaliénne de régulation » (Tabuteau, 2013) et, pour ce faire, elles disposent d'un instrument d'action publique de type contractuel – le contrat local de santé (CLS) – par lequel elles organisent la territorialisation coopérative et l'articulation de leur projet régional aux actions menées localement. « Pièce centrale » (Gaudin, 1995) permettant à l'État d'assurer la régulation territoriale de la santé, cet instrument vient s'ajouter aux dispositions de la loi *Hôpital*,

1. Les auteurs remercient Andy Smith pour la relecture de cet article et ses conseils avisés.

santé, territoires (HPST) de 2009 pour marquer sa volonté de reprendre en mains les leviers de décision face au contre-pouvoir des élus locaux (Pierru, 2010).

C'est à cette aune que la santé offre l'opportunité d'appréhender l'action collective de manière stimulante (Castel, 2015, p. 505). En effet, la portée de la territorialisation interroge, tout à la fois, les instruments d'action publique, les modalités renouvelées de coordination et de coopération des acteurs ainsi que les cadres institutionnels de leur intervention. Permettant l'examen de la construction d'une action publique qui se veut efficace et légitime (Duran, 2011, p. 481), le prisme théorique et empirique est d'autant plus heuristique qu'il porte sur les métropoles. Alors que la période récente est marquée par un cycle de réformes institutionnelles, la loi de *modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles* de 2014 consacre leur création en milieu urbain. Pourtant, leurs capacités à initier, fabriquer et porter des politiques répondant aux besoins des populations sont largement débattues (Jouve, Lefèvre, 1999a ; Douay, Roy-Baillargeon, 2016). Bien que la loi assure le renforcement progressif de leurs compétences (précédemment assumées par les communautés urbaines), les métropoles peinent, en effet, à dépasser les fondations fonctionnelles (Desage, Guéranger, 2011 ; Olive, 2015) de leur légitimité en vue d'accéder à une reconnaissance politique et démocratique.

Cependant, les réformes institutionnelles ne sont jamais neutres du point de vue de la distribution du pouvoir : elles redéploient les ressources et les responsabilités, les charges et les contraintes entre les parties prenantes de l'action publique au bénéfice de certaines d'entre elles et au détriment d'autres (Le Lidec, 2012). Saisissant les opportunités offertes par ce contexte législatif et par son élection à la présidence de la métropole de Bordeaux en avril 2014, Alain Juppé affirme sa volonté de signer un CLS avec l'ARS et, ce faisant, de mener une politique de santé à l'échelle métropolitaine. En premier lieu, cette décision questionne le travail d'organisation entrepris en interne afin de rendre le secteur de la santé intelligible et de permettre à la métropole d'agir dans un domaine qui ne lui est pas familier. Par ailleurs, ce volontarisme étant susceptible d'engendrer des difficultés d'articulation, voire une mise en concurrence des divers niveaux de gouvernement déjà mobilisés dans ce domaine, la maîtrise des relations intergouvernementales et des ressources associées apparaît comme le principal vecteur de légitimation sollicitée. Alors que la coordination est reconnue comme un problème politique général, elle est systématiquement mise à l'épreuve au sein de l'agglomération bordelaise. En effet, la présence d'un leadership politique fort depuis cinq décennies n'exclut pas la nécessité de réinterroger, sans cesse, la pertinence de l'échelle intercommunale et des finalités des projets menés au regard de référentiels métropolitains en constante évolution (Benz, Frenzel, 1999 ; Godier *et al.*, 2009).

Aussi, l'étude de la fabrique sanitaire de la métropole telle qu'elle opère dans l'agglomération bordelaise constitue un bon analyseur de la façon dont l'État, par l'intermédiaire de l'ARS, tente de contrôler le double processus de territorialisation et d'institutionnalisation de l'action collective. Reste que pour la métropole, la construction d'une capacité politique à se positionner, voire à s'imposer, comme acteur légitime en matière de santé implique de composer avec les routines institutionnelles et professionnelles déjà présentes sur le territoire. Plus généralement, la dynamique à l'œuvre atteste que la manière par laquelle les représentants de l'ARS, des villes et de la métropole 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 et, ce faisant, les frontières territoriales et sectorielles du gouvernement urbain de la santé.

Encadré 1. Méthodologie

Chaque cité constituant une équation sociale et politique spécifique dont il convient de porter au jour les dispositifs de pouvoir et d'action collective (Pinson, 2006), le cas de la métropole bordelaise est ici étudié afin d'en « rendre la texture sociologique » (Fassin, 1998, p. 9). Autrement dit, l'appréhension de la santé adoptée consiste à examiner, dans cette configuration, comment se développe une intervention qu'élus politiques, techniciens et agents étatiques qualifient de la sorte. Financée par le Conseil régional d'Aquitaine, la recherche s'inscrit dans le cadre des contrats suivants : *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* placés sous la direction de Marina Honta. Élaborés en toute indépendance, les choix théoriques, méthodologiques et empiriques opérés par les chercheurs permettent de livrer les premiers résultats de recherches toujours en cours.

L'analyse prend appui sur 44 entretiens semi-directifs menés avec des élus, des agents publics de l'ARS, des services déconcentrés de l'État (direction départementale de la Cohésion sociale, direction régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale, direction régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt), des villes et de la métropole bordelaise et avec des représentants d'organisations relevant du secteur sanitaire et social ayant participé à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets en santé. L'observation participante des assises des ateliers santé ville (ASV) aquitains, des ateliers métropolitains de réflexion sur le contenu du contrat de ville, des comités de pilotage du contrat local de santé (CLS) métropolitain et des réunions de restitution des résultats de l'étude des besoins en santé des 28 communes membres de la métropole (126 personnes ont été rencontrées à ce titre) complète le dispositif méthodologique.

Le contenu des entretiens et des observations est analysé manuellement au moyen d'une opération de codage réalisée à partir de l'élaboration d'une grille de catégories construite selon les thèmes suivants :

- logiques respectives d'intervention des acteurs mobilisés,
- mode (individuel et/ou collectif) de travail adopté pour s'engager dans l'action publique de santé,
- représentations de l'action partenariale dans laquelle ces opérations s'insèrent,
- changements institutionnels à l'œuvre dans les secteurs social et sanitaire,
- effets sur la stabilité de l'action partenariale.

Une régulation politique de la santé à la croisée des échelles régionale et métropolitaine

La fragmentation institutionnelle et organisationnelle à l'œuvre dans le domaine de la santé posant de notables enjeux de coordination, les ARS sont chargées, via le CLS, d'intégrer dans leur périmètre d'intervention les multiples initiatives prises au titre des volets médico-social, de la prévention et des soins. Mise ainsi à l'épreuve, l'entreprise contribue à la légitimation de la métropole comme autre échelle pertinente de gestion locale de la santé. En retour, elle conforte les initiatives d'individus qui, au sein de l'agglomération bordelaise, adoptent des comportements intégrateurs et mobilisent une logique de régulation consistant à saisir les incertitudes induites par les recompositions en cours comme autant d'opportunités de promouvoir des changements de pratiques en conformité avec leurs intérêts et ceux de l'organisation dont ils relèvent (Bergeron *et al.*, 2013).

Transformations de l'État et régulation contractuelle de la santé en région

Consacrant l'échelon régional dans la définition, la mise en œuvre et la régulation des politiques de santé, la loi HPST invite les ARS à soutenir les capacités de mobilisation des acteurs locaux, à reconnaître leurs compétences et à signer des CLS avec les villes ou leurs groupements. La santé échappe ainsi partiellement aux instruments disciplinaires (appels à projet, labels, indicateurs de performance...) par lesquels le pouvoir central tend à organiser à distance la régulation concurrentielle de la coopération territoriale, telle qu'elle opère, par exemple, en matière de rénovation urbaine (Epstein, 2013). Présents dans le secteur de la santé, ces procédés ne revêtent pas le même pouvoir coercitif que dans d'autres domaines d'intervention (Honta, Haschar-Noé, 2011 ; Basson *et al.*, 2013b ; Bergeron *et al.*, 2014 ; Haschar-Noé *et al.*, 2015 ; Béal *et al.*, 2015). Ils ne se substituent pas aux technologies caractéristiques du gouvernement par contrat qui demeure ici l'instrument central d'actions partenariales permettant d'impulser des politiques et de coordonner initiatives et calendriers (Gaudin, 1999). Toutefois, la signature d'un CLS ne garantissant pas le financement, le dispositif atteste l'hybridation des modes renouvelés d'intervention par lesquels l'État s'engage dans la gouvernance multi-acteurs et multi-niveaux de la santé : il privilégie moins la hiérarchie qu'un style de régulation politique valorisant la construction d'échanges généralisés (Dubois, 2009). Le déploiement de politiques constitutives et processuelles qu'il rend possible permet d'édicter des procédures servant de contexte d'action sans que le degré d'accord et d'implication des acteurs et les modalités de traitement des problèmes publics ne soient présumés (Duran, Thoenig, 1996).

Désormais, la fabrication et la mise en œuvre de l'action publique de santé sont en partie définies « par le bas », le CLS établissant des formes de coopération qui en ignorent les frontières territoriales et sectorielles (Rolland, Pierru, 2013 ; Haschar-Noé *et al.*, 2016). Regrettant que l'action locale demeure fortement fragmentée en raison de la persistance du principe des blocs de compétences, les représentants de l'ARS Aquitaine invoquent le niveau supra communal comme « optimum dimensionnel » (Offner, 2006) en matière d'opérationnalisation et de contractualisation. Développée en France comme ailleurs, une telle option

vient justifier les réformes du gouvernement local visant à construire l'adéquation entre territoires fonctionnel et institutionnel, en milieu urbain tout particulièrement (Dente, 1997 ; Lefèvre, 1992, 1998 ; Tomas, 2012). Les autorités métropolitaines sont ainsi considérées par les États comme plus efficaces et mieux adaptées à la lutte contre les mécanismes de ségrégations spatiale et sociale, sans que ces arguments soient vérifiés empiriquement (Keating 1995 ; Offner, 2006).

Les registres argumentatifs mobilisés en Aquitaine témoignent de cette orientation : « On ne peut pas signer avec tout le monde, annonce clairement un cadre de l'ARS. Donc, on est parti 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. Et c'est grâce au CLS qu'on pose le cadrage régional. On a aussi écrit un contrat-type qui, bien sûr, n'a pas la vocation à être décliné de la même manière sur tous les territoires. On a également bâti des modèles de fiches-actions. Et, sur un certain nombre de sujets, on a essayé de travailler. En tout cas, la commande était de mettre en place une espèce de panier de services. Alors, il ne fallait pas les décliner de manière idiote et absolument identique sur tous les territoires, mais essayer de voir ce que l'ARS peut proposer, sur quelles priorités et sur quels types d'actions ».

Sans remettre en cause l'engagement et l'autonomie de décision des acteurs locaux, l'ARS s'applique à relayer cette définition de l'intérêt général sur l'ensemble du territoire régional afin de les inciter à la cohérence. En conformité avec le modèle de l'État aménageur, l'agence régionale, instituée « grand ordonnateur » de la santé locale, procède ainsi selon les catégories de l'action publique de santé qui dominent depuis les années 1970. Sa conception traditionnelle du territoire illustre la permanence de la logique de planification fondée sur l'accès de la population à l'ensemble de l'offre de services sanitaires (Schweyer, 2004 ; Rolland, Pierru, 2013). Parce que le CLS doit permettre de développer localement « une démarche globale et cohérente de santé », il est attendu des élus locaux qu'ils saisissent l'opportunité que constitue cet instrument pour imaginer des politiques de santé « moins symboliques, moins discrètes et moins aléatoires » (Hassenteufel *et al.*, 1998 ; Clavier, 2007).

Face à la volonté manifeste de tendre vers une forme d'harmonisation régionale de l'offre de services pour améliorer l'espérance de vie en bonne santé, promouvoir l'égalité devant la santé et développer un système de soins de qualité, accessible et efficient – objectifs affichés dans le projet régional de santé (PRS) aquitain –, le déploiement de politiques locales contrastées est présenté comme une entrave à la vocation coordinatrice et unificatrice de l'agence. L'une de ses représentantes précise ainsi que « la gouvernance, c'est un sujet très important. Finalement, pourquoi on fait des CLS ? On fait un CLS pour coordonner les interventions dans le champ de la santé, essayer de structurer un parcours de soins, une offre. Et si possible, avec l'ambition que ça laisse des traces sur une durée plus longue que celle du CLS. Si on veut que ça perdure, il faut qu'on pérennise, qu'on confirme, qu'on structure – je ne sais pas quel terme employer – ces aspects-là avec les partenaires locaux. Je pense qu'il y a des progrès à faire dans ce cadre. Sur dix CLS actuellement signés dans la région, je ne vais pas dire qu'on a dix modes de gouvernance différents, mais quand même un peu... ».

Si l'échelle métropolitaine et plus généralement supra communale est privilégiée, elle correspond rarement aux niveaux où s'élabore et où se met en œuvre l'action publique de santé. Les représentants de l'ARS ont ici besoin de la collaboration des élus locaux afin de faciliter la déclinaison des objectifs de leur PRS qui reste dépendante de leurs décisions (Loncle, 2009). En la matière, l'étude des usages et effets de ces contrats en Midi-Pyrénées donne à voir une forte différenciation territoriale des arrangements institutionnels à l'œuvre en raison des rapports de force qui les structurent (Haschar-Noé *et al.*, 2016). En Aquitaine également, l'incertitude relative aux ressources financières que les collectivités sont susceptibles d'obtenir dans ce cadre introduit, dans les échanges, des résistances et partant, une structure de pouvoir défavorable à l'agence (Honta, Basson, 2015). Alors que le CLS est présenté comme un instrument d'action publique faisant l'objet d'attentes de la part des acteurs locaux, la méconnaissance globale de ces informations essentielles, largement diffusées à l'échelle nationale par ailleurs chez les élus craignant de se voir attribuer de manière déguisée une compétence qu'ils exercent de manière facultative, représente pour certains représentants de l'ARS un frein qu'ils peinent 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. À 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... ».

Le CLS atteste la transformation des modes d'intervention de l'État et autorise, en ce domaine également, la mise à distance de conclusions selon lesquelles il serait désormais faible, voire « creux » (Jouve, Lefèvre, 1999a ; Béal *et al.*, 2015). Ces recompositions n'en suscitent pas moins des réactions contradictoires qui éclairent, ici aussi, les limites de cette « gouvernance coopérative » (Gaudin, 1995). Dimension centrale de la construction d'un partenariat, qui plus est contractuel, la quasi-absence de ressources propres allouées dans le cadre de ce contrat plonge les élus locaux dans la perplexité. Rechignant à la signature, certains y négocient l'opportunité d'imposer l'échelle de contractualisation qui a leur préférence avec la complicité éventuelle des agents des délégations territoriales de l'ARS. Aussi, cette dernière instance est-elle en difficultés pour faire respecter partout les principes fixés et cède aux pressions locales : dans les Landes, c'est à une échelle intercommunale très circonscrite et ne correspondant pas au périmètre de la communauté d'agglomération montoise qu'est signé le premier CLS ; dans l'agglomération bordelaise, c'est la ville de Bordeaux qui, dans un premier temps, engage et finalise seule cette démarche envisagée par une élue comme l'opportunité « d'inscrire la politique de santé de la collectivité dans le marbre ». L'ARS ne s'y oppose pas : « Il y a très peu de CLS à l'échelle communale, explique un représentant de l'agence. C'est bien simple, y a que Bordeaux ! Ça a démarré à Bordeaux et c'était une très bonne nouvelle qu'il y ait cette forte volonté de la ville. Mais, c'est un peu un non-sens. Je sais bien qu'il faut trouver un territoire, mais ce n'est pas Bordeaux le bon niveau, c'est la communauté urbaine de Bordeaux ! ».

Qu'il s'agisse de la capitale régionale, ville valorisant régulièrement son action en matière de santé, est un facteur déterminant (Honta, Basson, 2015). D'une part, l'engagement de la municipalité bordelaise constitue un indicateur très favorable du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens liant chaque agence régionale au Conseil national de pilotage. D'autre part, il participe à l'objectif de « couvrir » l'ensemble du territoire régional de CLS. Enfin, soulignant le caractère exceptionnel de la signature municipale, cette contractualisation atteste à quel point l'ARS est dépendante de la légitimité politique apportée par les maires, lesquels ne sont pas tous, contrairement à ce qui a été analysé dans le cas de la rénovation urbaine (Epstein, 2013, p. 240), mutuellement substituables.

Alors que les ressources d'autorité d'Alain Juppé, figure politique symbolisant le processus d'autonomisation des villes (Le Galès, 2011), orientent les échanges en sa faveur, l'ARS résiste à d'autres initiatives municipales, quitte à contrarier les velléités locales. Un agent d'une commune de l'agglomération bordelaise en témoigne : « Nous, on s'est posé la question, à la direction du CCAS. On était très tenté d'y aller seul. On a posé la question à l'ARS, à l'IREPS [l'instance régionale d'éducation et de promotion de la santé]. Mais, on n'était pas dans les critères de l'ARS. Ce que l'ARS Aquitaine veut, c'est signer des CLS soit au niveau du rural, soit au niveau de la métropole. Sur l'intercommunalité, on pouvait peut-être avoir une dynamique avec deux autres communes. Mais l'ARS n'a pas donné suite. Et, en plus, ça a été vite abandonné par les élus parce que l'interco, c'est trop compliqué et, surtout, c'est source de luttes de pouvoir ». À ce titre, la ville et le quartier sont le plus souvent invoqués par les intervenants de terrain comme étant les « bonnes » échelles de production de l'action publique de santé. L'enjeu consiste alors pour l'ARS à tenter d'atténuer, voire de neutraliser, les résistances pouvant naître, ici et là, à l'encontre de cet autre niveau de contractualisation qu'est la métropole.

L'intégration de la santé dans toutes les politiques de la métropole

Dans la mesure où les « rénovations des architectures institutionnelles » fournissent des raisons d'agir et procurent des ressources aux acteurs (Offner, 2006, p. 41 ; Le Lidec, 2012), la dynamique de construction métropolitaine résulte également d'initiatives et de pratiques professionnelles novatrices. Saisissant les zones d'incertitudes engendrées par le contexte législatif et institutionnel et les changements issus de l'alternance politique récente à la tête de la métropole, un cadre, véritable « entrepreneur métropolitain » (Bergeron *et al.*, 2013) tirant son pouvoir de la légitimité conférée par son expertise dans les secteurs du développement social urbain et de la santé publique, participe à l'élaboration d'une « stratégie globale de santé » à cette échelle. Les répertoires d'action et les arguments mobilisés témoignent de son engagement militant sectoriel et cherchent à faire la preuve, tant auprès des élus que de ses collègues de travail et de la hiérarchie, que la métropole doit s'ériger en « nouvel acteur de santé ».

Faire valoir cette « vérité du besoin » (Paradeise, 1985), qualifiée ici de « responsabilité sociale à agir », implique de bousculer les routines établies et, plus particulièrement, celles relatives à la distribution des territoires sectoriels au sein de la métropole. Il s'agit, plus précisément, d'articuler les actions déployées par les divers services administratifs, actions que quelques agents seulement appréhendent en tant que déterminants sociaux,

économiques et environnementaux de santé. Ces questions renvoient plus généralement aux conditions par lesquelles les objectifs des diverses politiques sectorielles peuvent être reformulés et les logiques d'action réorganisées. Autrement dit, l'action engagée consiste à mettre en pratique « l'intégration de la santé dans toutes les politiques » et, au sens de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2014), à développer « une approche intersectorielle des politiques publiques qui tienne compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions ».

La requalification de ce secteur consiste ainsi à faire évoluer les représentations afin qu'il « s'encastre » dans les domaines d'intervention de la métropole (Borraz, Loncle-Moriceau, 2000). Les arguments construits et mobilisés en ce sens visent à démontrer que la santé est à considérer dans une logique, non pas de coûts, mais d'investissement sur l'avenir. « Il faut rendre lisible cet enjeu de santé, mais au sens large du terme, explique la cadre métropolitaine. Mobiliser et sensibiliser les élus parce qu'il faut les former, mais aussi les techniciens pour leur faire prendre conscience que leurs pratiques actuelles ont un impact en santé. Il faut les rassurer et leur faire comprendre que ce n'est pas méprisable de dire qu'on travaille pour la santé des gens. C'est pas hors sujet ! On n'est pas que dans le technique pur et dur ! Par exemple, quand on fait cinq mètres de voirie, plus deux mètres pour les piétons, c'est aussi pour se préoccuper de l'autre ! On parle de l'usager, du piéton, de la voiture, mais avec beaucoup de distance. On devrait se dire qu'on est tous des usagers ! L'usager, le piéton, l'automobiliste, le cycliste, c'est moi ! C'est tout le monde, en fait ! Et ce réflexe doit devenir naturel ».

Ces tentatives d'acculturation aux principales notions de santé publique sont destinées à réduire la distance cognitive initiale séparant les différents acteurs impliqués dans la santé définie comme qualité de vie et bien-être global des individus. Il s'agit de faire comprendre que les facteurs qui concourent à la bonne santé des personnes ne se limitent pas aux soins curatifs et recouvrent des enjeux collectifs. L'important travail pédagogique et d' enrôlement déployé en ce sens, doublé d'une analyse du contenu de l'ensemble des documents « cadre » de la métropole effectuée avec l'agence d'urbanisme afin de les traduire à l'aune des déterminants de santé, vise à convaincre que ce secteur ainsi conçu ne peut relever du formatage traditionnel des politiques publiques et de leur découpage sectoriel (Clavier, Gagnon, 2013). Le renversement de perspective nécessite de remettre en cause la hiérarchisation des diverses politiques sectorielles concernées et de valoriser les ressources matérielles et cognitives des acteurs en présence afin, au bout du compte, de faire connaître et reconnaître la compétence métropolitaine en santé.

L'implication des acteurs de la métropole au titre des prérogatives en matière de développement durable d'une part, d'innovation et de développement économique de l'autre, le permet pour partie. C'est ainsi que la santé environnementale est appelée à faire de la métropole « un acteur majeur de la transition énergétique ». La dotant du label « haute qualité de vie », son conseil du 19 décembre 2014 lui confie un programme ambitieux : « La métropole se met en route vers la transition écologique et s'attache à réduire l'étalement urbain, à porter une attention constante à la biodiversité, à valoriser son fleuve dans ses fonctions naturelles, économiques, culturelles et, plus largement, toutes ses richesses naturelles et agricoles ; elle s'engage à mettre en œuvre des services urbains respectueux de

l'environnement [...] ; elle favorise le développement de l'économie circulaire ; elle agit contre les risques naturels et technologiques, les nuisances sonores, la pollution de l'air ; elle déploie des actions en faveur de la santé et du bien-être de ses habitants². » L'engagement de la métropole dans le domaine social permis par la loi Lamy de programmation pour la Ville constitue l'opportunité d'étendre le périmètre de ses missions et de les inscrire dans une cause plus large que le seul volet écologique afin de donner un sens nouveau aux actions entreprises. Alors que l'agglomération est marquée par d'importantes inégalités sociales³, accompagnées d'un isolement géographique façonné par les échecs de la politique du logement social (Victoire, 2014), le texte légitime l'élargissement de la responsabilité de la métropole à des champs sur lesquels elle n'était pas ou peu présente jusque-là : le développement social, la tranquillité publique et l'accès à l'emploi, notamment.

Par-delà l'articulation entre les volets sanitaire et social, le besoin de concevoir le nouveau récit d'une agglomération présentée comme nécessairement « durable et humaine » revient à « produire du texte, du langage sur le territoire et son organisation » (Godier, 2009, p. 102) et, ce faisant, à faire prévaloir une vision volontariste susceptible de fédérer les énergies et les compétences. À cette fin, faire preuve de compétence relationnelle auprès des principaux acteurs des secteurs sanitaire et social (l'IREPS, l'ARS, l'Union régionale des professionnels de santé, le Centre hospitalo-universitaire), afin de les transformer en autant de partenaires et d'alliés potentiels, revêt une importance déterminante pour orienter favorablement l'engagement de la métropole dans le domaine de la santé. Le « climat de confiance » qui résulte de cet enrôlement garantit la stabilité du processus en cours. Une cadre de la métropole n'en fait pas mystère : « Il faut éviter à tout prix le réflexe consistant à imposer une vision descendante des choses. Donc, je ne panique pas et je prends le temps d'amener les gens à penser autrement. Et l'ARS me soutient dans cette démarche. Adopter un nouveau langage, une nouvelle vision des choses, c'est ne pas plaquer des réponses que l'on voit ailleurs. Il faut aussi faire attention au vocabulaire qu'on utilise, comment on dit les choses. Par exemple, j'ai évoqué la dimension économique à donner à la compétence santé. J'avais en tête l'usage du numérique en santé et l'envie d'inventer de nouveaux rapports à la santé. Or, tout de suite, ça a été traduit en industrie pharmaceutique ! J'ai compris que je devais rester vigilante si je veux avancer sans heurter les gens ».

Face aux difficultés que rencontrent les métropoles à construire une « vision partagée du développement urbain » (Hamel, 2010 ; Olive, 2015 ; Douay, Roy-Baillargeon, 2016), l'entreprise engagée ici cherche à valoriser les dimensions sociale et culturelle des questions de santé et aspire à prendre en compte les besoins de la population en s'extrayant des objectifs d'attractivité et de compétitivité territoriales, autrement dit des forces du marché. L'invention d'une « métropole durable et singulière » implique ainsi de gérer les tensions divergentes entre enjeux économiques, sociaux et environnementaux, mais aussi d'éviter la standardisation du marketing territorial (Jouve, Lefèvre, 1999b ; Offner, 2011). Au-delà des défis liés au décloisonnement des frontières sectorielles des politiques menées à cette échelle, la mobilisation de la métropole bordelaise est directement confrontée aux initiatives

2. *Rapport annuel d'activité 2014*, Bordeaux Métropole, p. 25 et 28.

3. Bordeaux Métropole et Préfecture de la Gironde, *Convention cadre de contrat de ville État/métropole/communes, 2016-2020*.

des acteurs locaux intéressés au gouvernement urbain de la santé. Ceux-ci entendent faire valoir leur représentation du problème public à traiter selon leurs différentes routines, procédures et espaces d'intervention. Entre négociations d'échelles, jeux de domination et défenses des prés carrés, la « compétition territoriale » (Jouve, 2007, p. 48) en santé limite la portée de l'entreprise initiée.

Les obstacles à la production métropolitaine de la santé

Considérées en France, et dans de nombreux autres pays, comme des produits institutionnels fabriqués, voire imposés, par l'État (Dente, 1997 ; Lefèvre, 1992, 1998 ; Jouve, Lefèvre, 1999b), la grande majorité des métropoles n'ont pas acquis le rang de collectivités territoriales de plein exercice. La forme de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) et l'élection au second degré de leurs représentants sont, historiquement, les choix qui suscitent l'adhésion (ou le moins de résistance) des principales associations d'élus locaux réfractaires au renforcement du pouvoir de cette institution (Sorbet, 1983 ; Le Lidec, 2012). Partant, si la simplicité de l'offre de dispositifs institutionnels constitue l'une des conditions de renforcement de la légitimité de l'action publique, la segmentation territoriale et la multiplication de ces « machins » (Béhar, 2015) que sont les structures de second niveau démocratique contiennent, au contraire, les risques de son affaiblissement et de son discrédit. Alors que les habitants ne formulent pas explicitement d'attentes en la matière, la décision prise par Alain Juppé d'œuvrer à la contractualisation entre l'ARS et la métropole bordelaise contribue à la redéfinition du périmètre des compétences de l'EPCI et des conditions de leur exercice effectif. Parce que ces changements d'échelle impactent le contenu de l'action publique (Olive, 2015), des recettes organisationnelles sont déployées afin d'atténuer, voire de dépasser, les antagonismes institutionnels que l'engagement métropolitain en santé fait émerger. L'ambition est alors d'amener une pluralité d'acteurs à travailler ensemble en renforçant le sentiment individuel de libre adhésion au processus général de construction de l'action collective (Pinson, 2006).

Territoires de proximité contre territoire métropolitain

Les villes sont historiquement engagées dans la diffusion et la mise en pratique des principes de l'hygiénisme, le gouvernement municipal s'étant érigé autour de la prise en charge des problèmes urbains de pauvreté, d'assistance sociale, d'habitat, d'hygiène et de santé. L'intégration, au début des années 2000, d'un « volet santé » au sein de la politique de la Ville participe ainsi du renforcement de « figures urbaines de la santé publique » (Fassin, 1998 ; Basson *et al.*, 2013a). Plusieurs villes françaises affichent une politique volontariste et ambitieuse en ce domaine, certaines d'entre elles la valorisant *via* leur participation au réseau des « villes santé » de l'OMS. Centrés plus particulièrement sur les déterminants sociaux et territoriaux des inégalités de santé, les ASV consacrent cette approche sociale des problèmes sanitaires et rendent opérant le volet « santé » des contrats de ville (de 2000 à 2006), puis des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS de 2007 à 2014). Présentés davantage comme une démarche de projet que comme un dispositif, les ASV visent la prise en charge des questions de promotion et d'éducation à la santé par une action transversale,

partagée et territorialisée (Théry, 2013 ; Génolini *et al.*, 2017). Cette instrumentation contribue à institutionnaliser l'action collective au sein des quartiers de l'agglomération bordelaise relevant de la géographie prioritaire (Honta, Basson, 2015). Les villes concernées l'ont en effet jugée précieuse car elle leur permet de se voir attribuer des crédits spécifiques pour l'établissement de diagnostics, l'aide à la concertation, l'animation et la mise en cohérence de programmes en santé. Afin d'assurer ces fonctions, elles recrutent des coordonnateurs, leur poste étant initialement financé par la collectivité et l'État via les crédits de l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances.

Les collectivités concernées développent des actions ayant trait, notamment, à l'éducation au goût et à l'alimentation, à la prévention bucco-dentaire des enfants et de leur famille, à la prévention des risques auditifs, à la lutte contre l'inactivité physique et à l'amélioration du recours aux soins... Bien que comparativement à d'autres grandes agglomérations françaises la métropole bordelaise n'accueille pas de grands ensembles d'habitat social, le quartier « sensible » est ici également la cible principale de l'action publique de réduction des inégalités sociales de santé. Dans ce contexte, l'affirmation d'une compétence de la métropole en santé génère de fortes craintes chez les agents municipaux chargés des questions de santé et les coordonnateurs des neuf ASV (localisés dans les communes de Bègles, Bordeaux, Cenon, Eysines, Lormont, Mérignac, Talence et Villenave d'Ornon) relativement à l'érosion, voire au déclin, de leur mandat (Honta, 2017) : « Ma hiérarchie s'interroge sur le fait de continuer à avoir une politique de santé si la métropole s'implique dans ce secteur, indique cette fonctionnaire territoriale. Mon directeur me dit même que mes missions en santé vont disparaître ».

Si le désengagement de la ville peut se traduire par un redéploiement ou un resserrement de missions, il peut également se conclure par la suppression de postes. Agent contractuelle, cette coordonnatrice d'un ASV confie ses inquiétudes : « Il y a toutes ces questions de nouvelle gouvernance de la santé avec tous les fantasmes qui se développent. Tantôt on entend dire que la métropole va tout englober et que le reste va disparaître, tantôt on nous dit, au contraire, que les différents systèmes vont cohabiter. Personne ne sait si les communes qui ont une compétence en santé et des coordonnateurs pour les ASV ou les CLS deviendront prestataires de services et mettront les coordonnateurs au service des communes qui n'en ont pas. Y a des choses complètement contradictoires et on ne sait pas du tout où on en est ! C'est un changement complet de paradigme, un flou total et on craint d'être sacrifié au passage ! ».

Les cadres administratifs municipaux chargés des questions de santé et les coordonnateurs ASV signifient ainsi leurs réserves envers le CLS prôné par l'ARS et la métropole. Parce qu'il doit viser l'amélioration de l'état de santé des populations et la réduction des inégalités sociales de santé, objectifs du projet régional de santé qui sont déjà ceux des ASV pour leur territoire de référence, ce contrat est vécu comme une mise en concurrence des échelles de régulation territoriale de la santé. Ainsi les agents municipaux mobilisent-ils plus particulièrement l'expérience du fonctionnement des ASV pour démontrer l'intérêt de cette autre échelle d'intervention qu'est le quartier. Partant, ils ravivent ce lien intime que les politiques urbaines 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 d'eux précise ainsi que « le diagnostic fait au titre de l'ASV est à la base de tout ce qui a été fait pour la santé ». Un autre ajoute, « sans hésitation, [que] le quartier est la bonne échelle d'action. On a beaucoup de mal à relayer ne serait-ce qu'une campagne nationale à l'échelle de la ville, poursuit-il. On a eu une commission nutrition, mais on n'y arrive pas. On reste à un niveau d'expert pour quelques représentants d'habitants, mais ça ne parle pas aux gens. Par contre, quand on est sur un échelon réduit, qu'on travaille la santé sur le quartier, les partenaires et les habitants se sentent concernés. C'est leur quartier ! Y a un sentiment d'appartenance naturelle ».

Disqualifiant « l'outil » en raison de son caractère « trop bureaucratique », un dernier surenchérit : « Avec le CLS, on s'éloigne du local, de la politique de la Ville. Ce n'est pas un hasard si ça engendre des difficultés d'articulation avec les ASV qui partagent le territoire. Moi, je vois des collègues qui font une espèce d'état des lieux des actions de la collectivité en lien avec la santé. Mais ces actions, elles sont déjà mises en œuvre par les ASV. Eux, ils arrivent après coup et leur souci c'est de coordonner, de mutualiser, pour éviter les redondances, comme ils disent. Là, on n'est plus sur la construction au plus près des problématiques locales 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 la métropole et l'ARS recèlent le risque que s'autonomise, au sein des villes et de l'agglomération, un espace alternatif de régulation de la santé. La non-congruence entre ces diverses échelles territoriales engendre effectivement des rapports conjoncturellement tendus entre villes, ARS et métropole, une telle situation traduisant l'ambiguïté de la territorialisation dans ce secteur (Loncle, 2009 ; Honta, Haschar-Noé, 2011) et la peine qu'éprouvent les ARS à être reconnues comme chef de file légitime de la régulation en la matière (Rolland, Pierru, 2013 ; Haschar-Noé *et al.*, 2016).

Soumises aux compétences et à la mobilisation effective des collectivités territoriales et des services déconcentrés de l'État chargés de la cohésion sociale et de la politique de la Ville, les réserves opérant à l'endroit des agences régionales sont considérées par leurs représentants comme des facteurs potentiels de blocage de leur propre démarche de contractualisation. « Un parti pris a été adopté en Aquitaine, explique l'un d'entre eux. Il consiste à donner une grande liberté aux ARS qui font leur propre politique par rapport au CLS. Certaines considèrent que c'est comme des gros ASV qui n'interviennent que sur une partie de la ville. Pour eux, ce n'est pas du droit commun ! Nous, on veut que le CLS soit un outil de droit commun. Il ne faut pas qu'il soit un dispositif d'exception, comme les ASV. En plus, on veut, à terme, que l'ensemble du territoire soit couvert. Alors, il y a eu de nombreux débats parce que les ASV d'Aquitaine étaient assez dynamiques. C'est vrai qu'il y a eu beaucoup de questions et de peurs surtout. Si on fait un CLS, que devient l'ASV ? Elle est là l'inquiétude ! La crainte venait des animateurs des ASV qui ne voulaient pas être absorbés par la logique du CLS. Tout ça a constitué des freins implicites pour la structuration de cette politique en Aquitaine, comme dans d'autres régions d'ailleurs ».

Les représentants de l'ARS qui s'investissent dans le déploiement du CLS précisent qu'ils le font 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. Cette posture confirme plus généralement qu'un paysage procédural ainsi fragmenté place les élus locaux à l'interface de divers réseaux d'action publique qu'ils sont seuls à même d'articuler, au sein d'administrations ministérielles s'organisant elles-mêmes selon des priorités sélectives. Les services déconcentrés ou agences de l'État restant généralement soucieux de préserver leur position, leur autonomie d'action et leur réseau dans l'espace régional (Moquay, 2009 ; Epstein, 2013 ; Honta, 2016), la régulation politique de la santé est ainsi mise à l'épreuve d'organisations publiques défendant la primauté et la pertinence de leurs dispositifs contractuels respectifs : ASV *versus* CLS. Une telle posture rappelle aussi que la métropole ne se fait pas uniquement par le haut, sous l'impulsion des visées réformatrices de l'État (Olive, 2015). Bien que l'ARS participe à la légitimation de l'institution métropolitaine en lui fournissant le cadre contractuel à partir duquel il lui est possible d'agrèger les acteurs locaux, ces derniers, présents aux autres niveaux décisionnels, sont peu désireux de voir remettre en question l'ordre politique local qu'ils ont contribué à façonner (Jouve, Lefèvre, 1999b, p. 31).

Les registres de la légitimation : dialogue, consensus et subsidiarité

La définition des compétences de la métropole de Bordeaux en matière de santé n'est pas acquise d'emblée tant elle suscite de réflexes défensifs. Aussi, au titre des répertoires de légitimation mobilisés pour assurer la fabrication de la capacité politique de la métropole en ce domaine, figurent en bonne place la stabilisation des comportements, la réduction des inquiétudes et le maintien du niveau d'engagement public. C'est ainsi que, dans le cadre des réflexions inhérentes à l'élaboration des axes du contrat de ville de nouvelle génération (remplaçant le CUCS) organisées par les représentants de l'EPCI, les agents chargés des questions municipales de santé et les coordonnateurs des ASV sont invités à participer aux travaux de l'atelier « Prévention de la délinquance et santé » pour faire entendre leurs points de vue. Destinée à identifier les champs susceptibles de faire l'objet d'une intervention de la part de la métropole, la démarche vise à susciter l'adhésion et à dépasser les tensions liées à son implication dans ce secteur. À l'occasion de nombreux échanges informels, l'essentiel est de rappeler que l'intervention de la métropole s'articule à celle des villes et des ASV. Un agent métropolitain s'y emploie : « Je pense que la commune est la bonne échelle et qu'il faut la maintenir. On le dit constamment ! On ne se substitue pas à l'action de proximité des communes. La commune, c'est la confrontation directe avec les problèmes, avec les populations les plus en difficulté, ou pas en difficulté d'ailleurs, avec les acteurs de terrain qui gravitent autour des gens, qui peuvent faire remonter les informations. Il faut des interlocuteurs. Il faut quelqu'un pour réceptionner, pour collecter tout ça ».

Cette invitation au dialogue a non seulement pour objectif de mobiliser les représentants municipaux pourvoyeurs de ressources permettant de dégager une capacité politique en la matière, mais aussi de prévenir des risques de formation d'une coalition d'acteurs qui s'opposerait à l'initiative de la métropole, alors même que les actions concrètes susceptibles de renforcer l'opérationnalité de la coopération ne sont pas engagées. Plus encore, il s'agit de forger cette légitimation dans le respect des règles de coopération stabilisées sur le territoire.

Constituée de 28 communes très disparates tant sur le plan sociodémographique⁴ qu'économique, la métropole – et la CUB auparavant – est marquée par le rôle prépondérant joué par les deux maires de Bordeaux qui se sont succédé à la tête de la ville-centre et de la communauté urbaine. La somme des mandats municipaux de Jacques Chaban-Delmas cumulés à d'importantes responsabilités nationales (ministre à plusieurs reprises, Premier ministre, président de l'Assemblée nationale) fait de lui le leader politique incontesté de l'agglomération pendant près d'un demi-siècle, de 1947 à 1995. Cette longévité lui permet d'imposer « un style » de gouvernement fondé sur la recherche du consensus : le fonctionnement de la métropole obéit à un principe de cogestion consistant à préserver l'acquis municipal et évitant toute initiative qui menacerait l'accord unanime des communes membres. C'est au prix de ce respect scrupuleux de l'identité communale, principe reconduit par Alain Juppé depuis 1995, qu'ont été progressivement élaborés les mécanismes de redistribution des ressources communautaires aux différentes composantes de l'EPCI (Lagroye, 1993 ; Savary, 1998 ; Godier *et al.*, 2009). Ce fonctionnement par consensus, qui n'est pas l'apanage de Bordeaux, interdit aux métropoles d'imposer leurs orientations aux maires. Il annihile ainsi la possibilité de faire des choix ambitieux et, partant, explique qu'elles ont régulièrement produit des politiques résiduelles (Sorbets, 1983 ; Desage, Guéranger, 2011 ; Olive, 2015 ; Douay, Roy-Baillargeon, 2016).

Mobilisée dans le cadre de la définition du contenu du contrat de ville et destinée à pacifier les systèmes intergouvernementaux urbains (Pinson, 2006), cette méthode d'enrôlement et de non-agression des communes est reconduite pour formaliser les axes du futur CLS métropolitain. Rappelant que le principe de subsidiarité fonde le plan d'action de ce dernier, la métropole finance la réalisation d'une étude d'opportunité confiée à l'IREPS – organisation associative dont le travail est largement reconnu et apprécié dans l'agglomération – afin d'établir les besoins des 28 communes membres. Recueillant « les perceptions » des élus et des techniciens en charge des questions de santé quant à l'engagement de la métropole dans ce secteur, l'étude relève deux craintes majeures : celle d'abord de subir « une dynamique verticale et centralisée » qui ne soit pas respectueuse de l'autonomie et des spécificités communales ; celle ensuite que s'accroisse la lourdeur liée à l'organisation de la division du travail entre métropole et communes membres, alors que ces dernières ne disposent pas toutes d'un « référent santé » et que la plupart des élus chargés de ces prérogatives ne possèdent pas de mandat métropolitain. Devant ces risques de « formatage » et d'invisibilité des personnes ressources, la restitution des résultats de l'étude⁵ est mise à profit pour rappeler, selon un cadre métropolitain, que « l'enjeu est de proposer des champs d'intervention de la métropole qui soient en parfaite coordination avec les stratégies municipales de santé en œuvre ou en projet. On est vraiment sûr de la concertation avec les communes et toutes leurs paroles sont bonnes à entendre. Après, bien évidemment, il faut trancher pour déterminer les priorités, distinguer ce qui relève de la métropole de ce qui n'en relève pas. Le CLS permet de faire quelque chose de nouveau, forcément. Mais il sert surtout à produire de la coordination, de la mobilisation. On le sait bien ! L'ARS met quasiment rien comme financements dans cette affaire ».

4. Au dernier recensement, la plus petite commune comprend 1 005 habitants, quand Bordeaux en compte 243 626.

5. Iresp Aquitaine, « *Étude d'opportunité dans le cadre de l'élaboration du Contrat local de santé de la métropole bordelaise* », thèse final, décembre 2015.

Dans ce contexte, les acteurs municipaux estiment néanmoins que l'implication de la métropole constitue l'opportunité d'obtenir des moyens destinés à assumer leurs priorités en matière de prise en charge de la pauvreté, de la souffrance psychique, de la santé mentale et des handicaps. Ils se disent également favorables à ce que l'intervention de l'établissement porte sur les déterminants de santé impossibles à appréhender par l'action d'une seule commune (nuisances et risques divers) et sur des sujets qualifiés de « délicats » (offre de soins, grande précarité, gens du voyage...) afin de « neutraliser les enjeux partisans ». En ce domaine également, la vision que les acteurs interrogés ont de la coopération intercommunale rejoint le changement de nature du rapport que les élus entretiennent avec l'intercommunalité. Alors que dans les années 1990 et 2000, le développement de cette échelle territoriale permet à de nombreuses communes de trouver des ressources pour développer de nouvelles offres de services (Le Lidec, 2012), les contraintes budgétaires actuelles, dont ils se plaignent unanimement, les incitent à voir dans l'intercommunalité le moyen privilégié de maintenir l'offre de service public existante : « L'échelle métropolitaine est intéressante pour donner une certaine visibilité, plus d'ampleur à la politique et pour démultiplier l'action, confie un élu métropolitain. Il y a trop de communes qui n'agissent pas assez sur la santé parce qu'ils ont une vision centrée sur le curatif. Au minimum, le rôle de la métropole, c'est de mettre en valeur tout ce que font les communes, c'est appuyer les communes, leur apporter de l'aide, les sensibiliser au bien-être des habitants. En fait, il faut valoriser ce qui se fait et impulser quelque chose dans la subsidiarité ».

Dans ce long processus de redistribution des rôles entre communes membres et métropole, le CLS est ainsi appréhendé comme un instrument de nature à participer à la fabrication de la légitimité de cette dernière. En effet, au-delà du fait que la contractualisation encadre la coopération interinstitutionnelle en formalisant la répartition des responsabilités, elle permet d'asseoir durablement l'engagement de l'EPCI. Ne garantissant aucun financement et jouant essentiellement sur les motivations des parties prenantes, la signature du contrat trouve dans les considérations morales liées à la santé, dans l'invocation des valeurs et la noblesse de la cause qui en résultent le moteur principal de la mobilisation publique. Reste que des questions essentielles à l'institutionnalisation de la capacité politique de la métropole à agir en santé se posent encore. Si la réorganisation de l'organigramme est mise à profit pour créer un service consacré à la santé et à la qualité de vie et pour désigner une vice-présidente déléguée au développement durable, les ressources propres demeurent indéterminées. Contribuant à expliquer le caractère virtuel de la légitimité attribuée au gouvernement métropolitain de la santé, ces incertitudes confirment, par analogie, que projeter une intervention en ce domaine consiste d'abord à enclencher un processus interactif et partiellement indéterminé d'échanges et d'articulations de ressources entre une pluralité d'acteurs dont les dynamiques et le résultat ne sont que partiellement prévisibles et contrôlables (Pinson, 2006).

Conclusion

Bien qu'il soit trop tôt pour apprécier le degré d'institutionnalisation des configurations d'acteurs en cours d'émergence, l'étude du cas bordelais invite à relativiser la portée de la métropolisation de la santé et à relever la fragilité des arrangements interinstitutionnels et

intersectoriels ayant cours en ce domaine. Les constats révèlent, d'une part, les freins structurels caractérisant la production locale de la santé et, d'autre part, la contradiction persistante entre l'affirmation des villes et de leurs groupements comme niveau d'organisation et d'action en santé et le caractère encore fortement subsidiaire et fragmenté de ces politiques (Hassenteufel *et al.*, 1998 ; Honta, Basson, 2015). Si les élus locaux peuvent jouer de cette contradiction, dans la mesure où elle leur offre une porte de sortie, cette dernière participe aussi de la consécration de l'État comme acteur de référence dans un secteur cherchant à domestiquer les initiatives locales par ses instruments. La fabrique du gouvernement métropolitain de la santé donne ainsi à voir des formes d'instrumentalisation réciproque entre villes, métropole et agence de l'État afin de réaliser des objectifs communs et d'en apprécier la pertinence. Ces processus viennent également confirmer que le renforcement des compétences métropolitaines n'aboutit que rarement à un processus de délégitimation ou d'évitement des communes tant ces dernières continuent à les neutraliser.

Parce que les modes de légitimation des politiques publiques se renforcent à l'aune de leur efficacité, l'hypothèse selon laquelle ce consensus métropolitain n'est pas seulement un jeu « gagnant-gagnant » mérite toutefois d'être retenue. En effet, un tel principe génère son lot de « perdants », parmi lesquels figurent les habitants des quartiers défavorisés qui pâtissent de l'absence de politiques planificatrices et redistributives en matière de santé. Cette dépolitisation des débats (Desage, Guéranger, 2011) satisfait les conseillers de Bordeaux Métropole qui, à l'occasion du conseil du 25 septembre 2015 (alors que le financement de l'étude d'opportunité du CLS métropolitain est proposé à la délibération), se félicitent que le thème de la santé soit un sujet « sub-partisan ». Alors qu'est dressé le constat d'une segmentation croissante de l'espace public local en deux sphères – celle des « réseaux de projet » au sein desquels les ressources et le consensus autour de la production des politiques urbaines sont recueillis et celle nécessitant le consensus électoral (Pinson, 1998) –, ce « refoulement du politique » et cette clôture du cercle des acteurs participant à la définition d'une compétence métropolitaine en santé posent la question de la démocratisation du gouvernement urbain et de la territorialisation des intérêts (Gaudin, 1995 ; Lefèvre, 1998 ; Keating, 2014). Autrement dit, est interrogée la capacité des ressortissants des champs sanitaire et social à intervenir aux échelles qu'il consacre (quartiers, villes, métropole) afin de peser sur le sens à donner à des orientations encore invisibles à une grande partie de la population.

Pour toutes ces raisons, « le régime de visibilité » de l'action des métropoles, engagé à Bordeaux comme ailleurs, – *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) – demeure à construire et condamne ces institutions à poursuivre leur « bataille politique » (Tomas, 2012).

Marina Honta

Université de Bordeaux,
Centre Émile Durkheim
marina.honta@u-bordeaux.fr

Jean-Charles Basson

Université de Toulouse-3,
CRESCO
jean-charles.basson@univ-tlse3.fr

Bibliographie

- AMAT-ROZE, J.-M. (2011), « La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat », *Hérodote*, 143 (4), p. 13-32.
- BASSON, J.-C., HASCHAR-NOE, N., HONTA, M. (2013a), « Toulouse, une figure urbaine de la santé publique. À propos de l'action publique municipale de lutte contre les inégalités sociales de santé », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 61S2, p. 81-88.
- BASSON, J.-C., HASCHAR-NOE, N., THEIS, I. (2013b), « La traduction territoriale du Programme national nutrition santé (PNNS) en Midi-Pyrénées, France », *Politiques de santé*, 9, p. 26-37.
- BEAL, V., EPSTEIN, R., PINSON, G. (2015), « La circulation croisée. Modèles, labels et bonnes pratiques dans les rapports centre-périphérie », *Gouvernement et action publique*, 3 (3), p. 103-127.
- BEHAR, D. (2015), « Le pouvoir local en XXL. Enfin la pertinence ou peut-être la différenciation ? », *Pouvoirs locaux*, 107 (4), p. 58-63.
- BENZ, A., FRENZEL, A. (1999), « Dynamique institutionnelle de la région urbaine de Bordeaux : du « système Chaban » à Alain Juppé », dans JOUVE, B., LEFÈVRE, C. (dir.), *Villes, métropoles. Les nouveaux territoires de la politique*, Paris, Economica, p. 73-102.
- BERGERON, H., CASTEL, P., NOUGUEZ, E. (2011), « Un entrepreneur privé de politique publique ». La lutte contre l'obésité, entre santé publique et intérêt privé », *Revue française de science politique*, 61 (2), p. 201-229.
- BERGERON, H., CASTEL, P., NOUGUEZ, É. (2013), « Éléments pour une sociologie de l'entrepreneur-frontière. Genèse et diffusion d'un programme de prévention de l'obésité », *Revue française de sociologie*, 54 (2), p. 263-302.
- BERGERON, H., CASTEL, P., NOUGUEZ, É. (2014), « Gouverner par les labels. Une comparaison des politiques de l'obésité et de la consommation durable », *Gouvernement et action publique*, 3 (3), p. 7-31.
- BORRAZ, O., LONCLE-MORICEAU, P. (2000), « Permanences et recompositions du secteur sanitaire. Les politiques locales de lutte contre le sida », *Revue française de sociologie*, 41 (1), p. 37-60.
- CASTEL, P. (2015), « De la sociologie de l'action organisée à la sociologie de la santé », dans PARADEISE, C., LORRAIN, D., DEMAZIÈRE, D. (dir.), *Les Sociologies françaises. Héritages et perspectives (1960-2010)*, Rennes, PUR, p. 495-506.
- CLAVIER, C. (2007), *Le Politique et la santé publique. Une comparaison transnationale de la territorialisation des politiques de santé publique (France, Danemark)*, thèse pour le doctorat de science politique, Rennes, Université de Rennes.
- CLAVIER, C., GAGNON, F. (2013), « L'action intersectorielle en santé publique ou lorsque les institutions, les intérêts et les idées entrent en jeu », *La Revue de l'innovation : la revue de l'innovation dans le secteur public*, 18 (2) (en ligne).
- CLAVIER, C., HASSENTEUFEL, P., LONCLE, P. (2005), « L'affirmation des politiques sanitaires et sociales urbaines », *Pouvoirs locaux*, 65 (2), p. 52-56.
- DENTE, B. (1997), « Sub-national Governments in the Long Italian Transition », *West European Politics*, 20 (1), p. 176-193.
- DESAGE, F., GUÉRANGER, D. (2011), *La Politique confisquée. Sociologie des réformes et des institutions intercommunales*, Paris, Éditions du Croquant.
- DOUAY, N., ROY-BAILLARGEON, O. (2016), De la communauté métropolitaine de Montréal aux métropoles françaises : retour sur 15 ans d'expériences », *Métropolitiques*, 15 février. URL [www.metropolitiques.eu/De-la-communauté-métropolitaine-de.html].
- DUBOIS, V. (2009), « Le paradoxe du contrôleur. Incertitude et contrainte institutionnelle dans le contrôle des assistés sociaux », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 178 (3), p. 28-49.
- DURAN, P. (2011), « Territorialisation », dans PASQUIER R. et al. (dir.), *Dictionnaire des politiques territoriales*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 475-482.
- DURAN, P., THOENIG, J.-C. (1996), « L'État et la gestion publique territoriale », *Revue française de science politique*, 46 (4), p. 580-623.
- EPSTEIN, R. (2013), *La Rénovation urbaine. Démolition-reconstruction de l'État*, Paris, Presses de Sciences Po.
- FASSIN, D. (1998), « Politique des corps et gouvernement des villes. La production locale de la santé publique », dans FASSIN, D. (dir.), *Les Figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte, p. 7-46.
- GAUDIN, J.-P. (1995), « Politiques urbaines et négociations territoriales. Quelle légitimité pour les réseaux de politiques publiques ? », *Revue française de science politique*, 45 (1), p. 31-56.
- GAUDIN, J.-P. (1999), *Gouverner par contrat, l'action publique en question*, Paris, Presses de Sciences Po.
- GENOLINI, J.-P., BASSON, J.-C., PONS, E., FRASSE, C. (2017), « Typologie de la participation en santé. La méthode de l'atelier santé-ville des quartiers Nord de Toulouse », dans HASCHAR-NOÉ, N., LANG, T. (dir.), *Réduire les inégalités sociales de santé. Une*

approche interdisciplinaire de l'évaluation, Toulouse, Presses universitaires du Midi.

GODIER, P. (2009), *Fabrication de la ville contemporaine. Processus et acteurs. Le cas de l'agglomération bordelaise*, thèse pour le doctorat de sociologie, Bordeaux, Université de Bordeaux-2.

GODIER, P., SORBETS, C., TAPIE, G. (dir.) (2009), *Bordeaux métropole. Un futur sans rupture*, Marseille, Parenthèses.

GREMION, P. (1976), *Le Pouvoir périphérique. Bureaucrates et notables dans le système politique français*, Paris, Seuil.

HAMEL, P. (2010), « Les métropoles et la nouvelle critique urbaine », *Pôle Sud*, 32 (1), p. 153-164.

HASCHAR-NOË, N., SALAMERO, E., HONTA, M. (2016), La gouvernance différenciée des Contrats Locaux de Santé, *Journal de gestion et d'économie médicales*, 33 (6), p. 375-388.

HASCHAR-NOË, N., TERRAL, P., BASSON, J.-C., JULHE, S. (2015), « La prévention sanitaire au local. L'appropriation par les communes et les intercommunalités du Programme national nutrition santé en Midi-Pyrénées », dans ALAM, T., GURRUCHAGA, M. (dir.), *Collectivités, territoires et santé. Regards croisés sur les frontières de la santé*, Paris, L'Harmattan, p. 337-355.

HASSETEUFEL, P., LE BIHAN-YOUINOU, B., LONCLE-MORICEAU, P., VION, A. (1998), « L'émergence problématique d'une nouvelle santé publique. Forums d'action publique et coalitions de projets à Rennes et à Brest », dans FASSIN, D. (dir.), *Les Figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte, p. 84-109.

HONTA, M. (2016), « The State and Management of Risks Linked to Physical Inactivity in France. An Analysis of the Implementation of the "Sport, Health and Well-being" Plan », *International Journal of Sport Policy and Politics*, 8 (4), p. 577-591.

HONTA, M. (2017), « Les épreuves du mandat de coordonnateur des Ateliers santé ville. Mutations de l'action publique et stratégies de résistance », *Sciences sociales et santé*, 35 (1), p. 71-96.

HONTA, M., BASSON, J.-C. (2015), « Healthy Cities: A New Political Territory. An Analysis of Local Healthcare Governance in the City of Bordeaux », *French Politics*, 13 (2), p. 157-174.

HONTA, M., HASCHAR-NOË, N. (2011), « Les politiques préventives de santé publique à l'épreuve de la territorialisation : l'introuvable gouvernance régionale du Programme national Nutrition santé en Aquitaine », *Sciences sociales et santé*, 29 (4), p. 33-62.

JOUBE, B. (2007), « Le Political Rescaling pour théoriser l'État et la compétition territoriale en Europe », dans FAURE, A., LERESCHE, J.-P., MULLER, P., NAHRATH, S. (dir.), *Action publique et changements d'échelle :*

les nouvelles focales du politique, Paris, L'Harmattan, p. 45-55.

JOUBE, B., LEFÈVRE, C. (1999a), « De la gouvernance urbaine au gouvernement des villes ? Permanence ou recomposition des cadres de l'action publique en Europe », *Revue française de science politique*, 49 (6), p. 835-854.

JOUBE, B., LEFÈVRE, C. (1999b), « Pouvoirs urbains : entreprises politiques, territoires et institutions en Europe », dans JOUBE, B., LEFÈVRE, C. (dir.), *Villes, métropoles. Les nouveaux territoires du politique*, Paris, Economica, p. 9-44.

KEATING, M. (1995), « Size, Efficiency and Democracy Consolidation, Trageniation and Public Choice », in JUDGE, D., STOKER, G., WOLMAN, H. (eds), *Theories of Urban Politics*, Londres, Sage, p. 117-134.

KEATING, M. (2014), « Rescaling Interests », *Territory, Politics, Governance*, 2 (3), p. 239-248.

LAGROYE, J. (1993), *Société et politique. Jacques Chaban-Delmas à Bordeaux*, Paris, Pedone.

LEFÈVRE, C. (1992), « L'autonomie locale contre les institutions d'agglomérations dans les métropoles américaines 1960-1992 », *Politiques et management public*, 10 (4), p. 27-53.

LEFÈVRE, C. (1998), « Metropolitan Government and Governance in Western Countries : A Critical Review », *International Journal of Urban and Regional Research*, 22 (1), p. 9-25.

LE GALÈS, P. (1999), « Le desserrement du verrou de l'État ? », *Revue internationale de politique comparée*, 6 (3), p. 627-653.

LE GALÈS, P. (2011), *Le Retour des villes européennes : sociétés urbaines, mondialisation, gouvernement et gouvernance*, Paris, Presses de Sciences Po.

LE LIDEC, P. (2012), « L'intercommunalité, une variable d'ajustement dans la réforme des collectivités territoriales ? Généalogie d'un projet, stratégies et arbitrages politiques », dans LE SAOUT, R. (dir.), *Réformer l'intercommunalité. Enjeux et controverses autour de la réforme des collectivités territoriales*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, p. 21-45.

LONCLE, P. (2009), « La mise en œuvre des politiques de santé publique au niveau local : l'animation territoriale en santé en Bretagne », *Sciences sociales et santé*, 27 (1), p. 5-31.

MABILEAU, A. (1999), « Les perspectives d'action publique autour d'un local reconsideré », dans BALME, R., FAURE, A., MABILEAU, A. (dir.), *Les Nouvelles Politiques locales. Dynamiques de l'action publique*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 465-478.

MONNEREAU, L. (2015), « Les collectivités dans l'action publique de la santé. Recomposition des

champs d'intervention et construction de la légitimité », dans ALAM, T., GURRUCHAGA, M. (dir.), *Collectivités territoriales et santé. Regards croisés sur les frontières de la santé*, Paris, L'Harmattan, p. 233-248.

MOQUAY, P. (2009), « Défis de la territorialisation de l'intervention publique pour les services de l'État », dans AUBERT F. et al., *Politiques agricoles et territoires*, Versailles, Éditions Quæ, p. 199-218.

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

OFFNER, J.-M. (2011), « Métropole », dans PASQUIER, R. et al. (dir.), *Dictionnaire des politiques territoriales*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 329-334.

OLIVE, M. (2015), « Métropoles en tension. La construction heurtée des espaces politiques métropolitains », *Espaces et sociétés*, 160-161, p. 135-151.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2014), « Ce qu'il faut savoir au sujet de la santé dans toutes les politiques », WHA67.12.

PARADEISE, C. (1985), « Rhétorique professionnelle et expertise », *Sociologie du travail*, 2, p. 17-31.

PIERRU, F. (2010), « Napoléon au pays du *New Public Management*. L'exemple de la "déconcentration" de la politique de santé », *Savoir/Agir*, 11 (1), p. 29-37.

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

PINSON, G. (2006), « Projets de ville et gouvernance urbaine. Pluralisation des espaces politiques et

recomposition d'une capacité d'action collective dans les villes européennes », *Revue française de science politique*, 56 (4), p. 619-651.

ROLLAND, C., PIERRU, F. (2013), « Les agences régionales de santé deux ans après ? Une autonomie de façade », *Santé publique*, 25 (4), p. 411-419.

SAVARY, G. (1998), « La régulation consensuelle communautaire : facteur d'intégration/désintégration politique. L'exemple de la communauté urbaine de Bordeaux », *Politiques et management public*, 16 (1), p. 107-138.

SCHWEYER, F.-X. (2004), « Les territoires de santé et la médecine libérale. Les enjeux d'une convergence », *Lien social et Politiques*, 52, p. 35-46.

SMITS, P., PREVAL, J., DENIS, J.-L. (2016), « Prendre en compte la santé dans les politiques publiques. Étude d'un régime de gouvernementalité au Québec », *Sciences sociales et santé*, 34 (2), p. 45-70.

SORBETS, C. (1983), « Le pouvoir d'agglomération en France : projections centrales et écran local », dans MABILEAU, A. (dir.), *Les Pouvoirs locaux à l'épreuve de la décentralisation*, Paris, Pedone, p. 57-77.

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

THÉRY, C. (2013), « L'éducation pour la santé au sein de l'Atelier santé ville de Cahors : quelle place ? Quels résultats ? Quels enjeux ? », *Santé publique*, S2, p. 201-208.

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

VICTOIRE, E. (2014), *Sociologie de Bordeaux*, Paris, La Découverte.