

L'État à l'épreuve de la régulation territoriale. La mise en négociations des contrats locaux de santé

Marina Honta, Nadine Haschar-Noé, Émilie Salaméro

DANS **NÉGOCIATIONS** 2018/1 (N° 29), PAGES 143 À 155

ÉDITIONS DE BOECK SUPÉRIEUR

ISSN 1780-9231

ISBN 9782807391956

DOI 10.3917/neg.029.0143

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-negociations-2018-1-page-143.htm>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.

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.

L'État à l'épreuve de la régulation territoriale. La mise en négociations des contrats locaux de santé *The state and territorial regulation. The negotiating of contracts locaux de santé*

Marina Honta¹

Centre Émile Durkheim, université de Bordeaux

Nadine Haschar-Noé²

*CreSco (EA 7419), Institut fédératif d'études et de recherches
interdisciplinaires Santé-Société, université de Toulouse 3*

Émilie Salaméro³

Gresco, université de Poitiers

Le contrat local de santé (CLS) est l'instrument dont disposent les agences régionales de santé (ARS) chargées d'organiser la régulation de l'action publique en ce domaine. Elles sont ainsi invitées à reconnaître et soutenir les capacités de mobilisation des collectivités territoriales ou de leurs groupements confrontés à la prise en charge des questions sanitaires. Dépendantes de la contribution de ces acteurs, leur engagement dans cette entreprise de mise en ordre de la santé ouvre, de fait, l'espace de la négociation. L'analyse comparée de la fabrication de onze CLS montre que les compromis localement adoptés attestent des difficultés que rencontrent les ARS pour s'extraire des jeux locaux, imposer leurs priorités et, *in fine*, procéder à la régulation de ce domaine.

Mots-clés : État, négociations, régulation, contrat local de santé, action publique locale.

The *contrat local de santé* (CLS) is the instrument available to the regional health agencies (ARS) responsible for organizing the regulation of public action in this field. They are thus invited to recognize and support the capacities of mobilization of territorial communities confronted with the assumption of health issues. Depending on the contribution of these actors, their commitment in this health-ordering endeavor opens up the space for negotiation. The comparative analysis of the elaboration of eleven CLSs shows that the compromises adopted locally attest to the difficulties encountered by the ARSs in extracting themselves from local affairs, imposing their priorities, and regulating this area.

Keywords: state, negotiations, regulation, contrat local de santé, local public action.

1. marina.honta@u-bordeaux.fr

2. hascharnoe@orange.fr

3. emilie.salamero@univ-poitiers.fr

Les politiques locales de santé représentent une catégorie d'interventions dont la légitimation et la stabilité sont différemment assurées tant leur ancrage territorial est constitutif de configurations d'action publique marquées par la fragmentation et les concurrences institutionnelle, organisationnelle et professionnelle (Borraz, Loncle-Moriceau, 2000). Aussi, la régulation de l'action locale questionne-t-elle la légitimité et la capacité de l'autorité chargée d'articuler les différentes échelles de son gouvernement.

En matière de santé et sur les territoires, ce rôle d'animation et d'intégration des initiatives est confié en France aux agences régionales de santé (ARS) créées par la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » de 2009 qui officialise « l'ambition régalienne de régulation » (Tabuteau, 2013 : 41). Pour l'élaborer, elles disposent du contrat local de santé (CLS) qui doit leur permettre d'organiser une territorialisation coopérative par l'articulation de leur projet régional de santé (PRS) aux initiatives locales. Elles sont ainsi invitées à mobiliser les collectivités ou leurs groupements confrontés à la prise en charge des questions sanitaires afin de construire ce que ne prévoit pas la loi, une distribution concertée et contextualisée des compétences. À cette aune, elles sont dépendantes de la contribution des acteurs publics locaux, leurs enrôlement et engagement dans cette entreprise de mise en ordre de la santé ouvrant, de fait, l'espace de la négociation (Friedberg, 2009 ; Salaméro et Haschar-Noé, 2017). Celle-ci doit permettre l'émergence et la stabilisation de ce que les acteurs locaux « ont en commun ». En saisir les ressorts consiste à appréhender comment ce « bien commun territorialisé » en matière de santé est défini, et par quel cheminement d'étapes et d'épreuves (Lascoumes et Le Bourhis, 1998 : 39 ; Nay, 2001).

L'étude de la fabrication des CLS offre ainsi l'opportunité de participer aux débats théoriques et empiriques sur la restructuration des modalités organisant les relations entre l'État et les territoires. En effet, la régulation de l'action locale ne passe plus seulement par des relations sectorielles descendantes mais prend des formes nouvelles à appréhender (Gaudin, 1999 ; Aust et al., 2013). Celles-ci pouvant varier d'un territoire et/ou d'un secteur d'action publique à un autre, une des façons d'interroger les ressorts de ce gouvernement des territoires consiste à les saisir *via* les instruments mobilisés (Halpern et al., 2014).

Ainsi et au croisement des dynamiques de décentralisation et des processus visant, pour l'État, à garder la main sur la conduite de l'action locale, le déploiement et l'appropriation des CLS observés en régions Nouvelle Aquitaine et Occitanie constituent un analyseur de la façon dont il tente, par l'intermédiaire de l'ARS, de contrôler le processus d'institutionnalisation de l'action collective en associant les acteurs politiques et administratifs locaux (Duran et Thoenig, 1996).

L'analyse des interactions et des arguments avancés par ces acteurs, noyau central de l'élaboration des CLS, permet d'identifier que les négociations engagées se structurent autour de deux visions distinctes du territoire et du « bien commun » à y déployer en matière de santé. Lieu d'application du PRS pour l'ARS *versus* lieu de production d'une politique locale de santé « sur mesure » pour les élus, le territoire est l'objet de confrontations quant à sa définition, à ce qui y

« fait problème », au contenu de l'action publique et aux modes de coordination susceptibles d'y répondre. Les compromis adoptés attestent des difficultés que peuvent rencontrer les ARS pour s'extraire des jeux locaux, imposer leurs priorités et, *in fine*, démontrer leurs capacités à réguler l'action locale de santé.

Précisions méthodologiques

Les instruments de l'action publique s'enchâssant toujours dans des contextes qui en façonnent l'appropriation (Halpern et al., 2014), l'étude porte sur les modalités de fabrication de onze CLS « de première génération » en régions Nouvelle Aquitaine et Occitanie. Elle est concentrée sur une étape précise du processus : celle du diagnostic territorial et des négociations préalables à la définition des axes stratégiques des contrats et partant, à leur signature.

L'analyse 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. Elle s'appuie 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 aussi été menée entre 2012 et 2016. Des observations directes ont été réalisées (séminaires ou groupes de travail, comités de pilotage) ainsi que 47 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 conduite. En dégageant les processus transversaux et communs aux 11 CLS, l'analyse comparée des données est circonscrite ici aux formes les plus emblématiques de régulation territoriale de la santé par l'État.

1. LE CLS : UN OUTIL DE RÉGULATION DU MOUVEMENT DE PLURALISATION ET DE FRAGMENTATION AFFECTANT L'ACTION LOCALE DE SANTÉ

Les politiques territoriales de santé en France n'échappent pas aux constats d'ouverture des systèmes d'action publique et de perte de centralité de l'État. Elles mettent en présence trois principales catégories d'intervenants : un État centralisé prolongé par une administration territorialisée – les ARS – chargées de décliner l'action ministérielle en fonction des réalités locales à travers l'élaboration d'un PRS ; des collectivités territoriales et des groupements de communes qui, historiquement engagés dans la diffusion des principes de l'hygiénisme, ont saisi l'opportunité de la réforme de décentralisation (1982) pour étendre leur implication en la matière alors que les compétences légales ne leur confient qu'un rôle

résiduel (Bergeron et al., 2009) ; des groupes d'intérêt – des associations relevant des champs sanitaire, social et médico-social et des professionnels de santé – organisés autour d'enjeux sectoriels divers et potentiellement invités à participer à l'élaboration du CLS.

La multiplication des politiques de santé à toutes les échelles de l'action publique s'inscrit ainsi dans la tendance au renforcement du poids des acteurs locaux dans leur définition et leur mise en œuvre, des collectivités territoriales tout particulièrement. Bien qu'elles n'interviennent pas directement dans l'offre de soins, elles participent à l'amélioration de l'état de santé de leur population en utilisant leurs compétences en matière de logement, d'éducation, de transport, de voirie, d'environnement ou encore de développement économique et social local. Elles agissent ainsi sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé (Borraz et Loncle-Moriceau, 2000). En milieu urbain par ailleurs, cet engagement s'institutionnalise parfois au travers des dispositifs contractuels de la politique de la Ville qui ont favorisé l'émergence et/ou le renforcement de figures urbaines de la santé publique (Fassin, 1998). Initiée aux débuts des années 1980 par l'État (le ministère de la Ville) afin de lutter contre les difficultés rencontrées par les habitants des quartiers dits « prioritaires », sa mise en œuvre repose sur une collaboration avec les acteurs publics locaux. À partir de 1999, les Ateliers Santé Ville (ASV) mis en place par les villes au titre du « cinquième volet » de cette politique publique, représentent « le lieu de la coordination des acteurs en vue de l'élaboration d'un diagnostic partagé des problèmes à traiter, de l'adoption et de la mise en œuvre d'un programme d'actions concertées, de leur réalisation et d'une évaluation régulière des résultats obtenus⁴ ». Alors que cette démarche atteste de la contribution déjà ancienne des pouvoirs locaux à la mise en place de politiques contractuelles en matière de santé, elle favorise aussi la construction de liens entre les villes et les groupes qui composent la société locale (associations, professionnels de santé, établissements de santé, scolaires, etc.). Proches des principes généraux ayant fondé la démarche des ASV, les CLS apparaissent comme un élargissement de ce type de dispositif contractuel et sanitaire visant à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé à tous types de collectivités territoriales et de populations.

Ainsi, le terrain de jeu politique a, depuis une trentaine d'années, changé d'échelle. Le nombre de joueurs s'est multiplié et, surtout, aucun ne détient plus le monopole de la définition de l'intérêt général (Le Galès, 1999). Au-delà de ce foisonnement d'acteurs, si les collectivités territoriales et leurs groupements ont progressivement acquis une légitimité et une capacité d'action plus fortes face aux acteurs étatiques, leur engagement en matière de santé est régulièrement qualifié de disparate. Plus généralement, c'est l'ensemble de ce champ d'intervention publique qui est marqué par la fragilité des coopérations tant est complexe la distribution du pouvoir qui le caractérise et intenses les conflits de légitimité entre les acteurs en présence (Tabuteau, 2013).

4. Circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des ateliers « santé-ville ».

Dans ce contexte, le CLS est présenté par le ministère français de la santé comme un outil de coordination de l'action des ARS et des collectivités territoriales afin d'apporter une meilleure réponse aux besoins de la population et de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. En ce sens, l'association attendue de ces institutions autour d'enjeux territoriaux portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social, a pour objet de faire coopérer des acteurs qui, jusque-là, travaillaient peu ensemble voire s'ignoraient et ce, dans une logique de cohérence et de décloisonnement⁵.

L'engagement dans cette démarche implique que représentants des ARS et élus locaux définissent un espace d'agrégation des intérêts et de fabrique de l'action collective au sein duquel décider, ensuite et sur la base d'un diagnostic, des grandes orientations et actions à mettre en œuvre en matière de santé. L'efficacité des agences est ici évaluée à l'aune du pourcentage de la population et du territoire régional couvert par le CLS.

Partant, ce dispositif symbolise les recompositions de l'action étatique *via* le développement de politiques procédurales se présentant sous la forme d'énoncés généraux et dont le sens reste à concevoir par la délibération collective. Contribuant de la sorte à produire un « intérêt général localisé », les échanges ont trait à la construction territoriale de ce qui « fait problème » et au contenu de l'action publique destinée à le traiter (Duran et Thoenig, 1996). Ces politiques se distinguent des actions dites « substantielles » produites par une autorité centralisée définissant *a priori* les buts poursuivis et les moyens de les atteindre (Lascoumes et le Bourhis, 1998 : 40).

Dès lors, la négociation apparaît comme un moyen de trancher entre des options, de renforcer la légitimité des décisions et de s'assurer du consentement d'autorités publiques et de niveaux territoriaux qui vivent traditionnellement leurs relations sur le mode de la concurrence (Nay, 2001 : 463). En tant que mise en dialogue entre protagonistes liés localement par un problème en santé, le processus vise la construction d'un accord mutuellement acceptable et porte aussi bien sur l'implication, le rôle des acteurs et la conduite des projets que sur le contenu, les moyens et les stratégies des actions collectives (Dupont, 1994 ; Stimec, 2011).

Ainsi, le déploiement de ce dispositif contractuel repose sur des modes de conduite de l'action publique que sont la transversalité, le partenariat, la pertinence du territoire et la logique de projet. Alors que le CLS encourage la conciliation horizontale, les travaux sur la théorie de la négociation soulignent qu'en situation d'interdépendance, la capacité d'un acteur à parvenir à ses fins, dépend des comportements des autres parties, à la fois partenaires mais aussi concurrentes et/ou adversaires (Friedberg, 2009 : 17). En ce sens, le CLS, comme tout instrument d'action publique, ouvre potentiellement un espace d'affrontements et de frictions politiques entre ceux qui souhaitent le promouvoir – les ARS – et

5. Lettre-circulaire interministérielle n°DGS/DIV/DP1/2009/68 du 20 janvier 2009 relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale et à la préparation de la mise en place des contrats locaux de santé.

ceux qui refusent, contestent, contournent ou neutralisent les reconfigurations de l'action publique qu'il induit (Halpern et al., 2014). Aussi, les négociations peuvent-elles être marquées par des tensions, des formes de violences symboliques ou matérielles et des conflits portant sur les règles et formes de régulation à adopter localement (Nay, 2001 ; Groux, 2005). Les débats sur le périmètre d'intervention en témoignent.

2. DES LUTTES AUTOUR DE LA DÉFINITION DES TERRITOIRES « PERTINENTS »

La définition du périmètre d'intervention à partir duquel sera signé le CLS et déployés ses axes stratégiques constitue une étape essentielle car elle détermine, en grande partie, la désignation du porteur du CLS, les autres acteurs concernés puis le cadrage et le traitement des problèmes publics. Si les textes réglementaires précisent que la politique régionale de santé conduite par les ARS est mise en œuvre de manière territorialisée à « l'échelle de territoires infrarégionaux pertinents⁶ », les critères de cette pertinence restent à construire localement. Dans les CLS étudiés, elle fait, d'emblée, l'objet de négociations tant son choix est l'enjeu de qualifications concurrentes. Le réseau des acteurs en présence se livre alors à un travail de formatage et de traçage de frontières territoriales du CLS. Celui-ci est mis en relation avec une cause de valeur supérieure, la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé et ce, à des fins de légitimation de la position tenue et de pérennisation des dispositifs ou politiques déjà déployés à ce titre (Lascoumes et le Bourhis, 1998).

Il en va ainsi en milieu urbain, plus précisément dans plusieurs villes étudiées relevant de la géographie prioritaire de la politique de la Ville. Élus et agents municipaux mobilisent l'expérience du fonctionnement des ASV pour revendiquer la pertinence de l'échelle d'intervention du quartier pour traiter les questions sanitaires et sociales. Tout en reposant sur la même démarche de projet, le CLS peut être perçu comme un dispositif contenant le risque de déstabiliser les réseaux d'acteurs déjà constitués voire de remettre en question la démarche des ASV. Si la réduction de ces réflexes défensifs suppose de négocier, parfois longuement, la place des ASV dans la dynamique de contractualisation engagée au titre du CLS, pour les représentants des ARS, « la nécessité d'être pragmatique et d'avancer » implique, parfois, de renoncer à l'intégration de ces dispositifs (Honta et Basson, 2017).

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. La définition du territoire du premier CLS signé dans l'une des régions a ainsi fait l'objet de conflits récurrents avec le Conseil départemental dont la politique médico-sociale est structurée de longue

6. *Idem.*

date selon un découpage en quatre Pays⁷ et non selon les « bassins de santé » définis par l'ARS à partir de l'offre de soins de premier recours. 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 la création d'une seule Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) au lieu des quatre que voulait leur 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 ».

La non-congruence entre ces diverses échelles territoriales et la volonté d'y conserver les actions déjà présentes engendrent ainsi des rapports tendus entre collectivités territoriales et ARS. Ils donnent à voir des institutions qui défendent deux conceptions distinctes du territoire. Celle promue par les ARS qui l'appréhendent encore comme le lieu d'application du PRS, autrement dit de politiques étatiques territorialisées à partir d'indicateurs de cohérence « technique » ou simplement « géographique ». *A contrario*, pour les élus locaux, il revêt une forte dimension politique, l'espace pertinent étant le territoire politico-administratif, celui de la production de politiques territoriales de santé à partir desquelles se fabriquent leur crédibilité et légitimité. Par exemple, dans un CLS, le choix du territoire « pertinent » a résulté d'une longue négociation entre l'ARS et les collectivités territoriales mobilisées. Lors d'un comité de rédaction du CLS, un directeur de service du Conseil départemental s'adresse aux représentants de l'ARS : « Vous allez partir du Plan régional de santé dans le CLS ? Mais il ne sera pas signé par le Conseil départemental. Vous, vous restez cohérents mais nous aussi par rapport à notre politique ». Un autre agent de cette même collectivité regrette « la trop grande emprise régionale sur le choix des objectifs stratégiques, la non prise en compte par l'ARS des spécificités départementales en termes d'inégalités territoriales de santé et des schémas sanitaire votés ».

Dans ce contexte, les représentants des ARS soulignent 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. Aussi, cet instrument, en permettant d'encadrer l'intervention des collectivités territoriales, vise à intervenir sur les déséquilibres territoriaux induits notamment par leurs disparités d'engagement ou de ressources disponibles. Ils opposent alors deux visions du « bien commun » territorial. Celle défendue par les pouvoirs locaux qui serait propre à une communauté considérée comme restreinte et partant, fort éloignée d'une cause nationale. Face à celle-ci, ils défendent une conception de leur rôle et de leurs rapports de proximité avec la société locale qui n'est pas sans rappeler la figure de l'État républicain aménageur. Largement associée à une revendication d'égalité territoriale, cette représentation d'un État capable de contrôler et d'harmoniser les politiques

7. Le « Pays », au sens des lois relatives à l'aménagement et au développement du territoire en France, est un territoire cohérent sur le plan géographique, culturel, économique ou social, qui sert de cadre à la définition d'un projet territorial partagé.

dans les territoires reste présente chez les représentants des ARS, y compris après les lois de décentralisation (Dupuy et Pollard, 2015 : 23). L'un d'eux précise ainsi « Nous avons élaboré un cadrage régional des CLS et à partir de ce moment-là, c'était plus simple, sur les territoires, d'aller à la rencontre des partenaires pour leur dire : Nous, on va faire des CLS, voilà ce que l'on veut dedans, voilà comment on va s'y prendre. On a construit un certain nombre d'outils qui permettent quand même de savoir à quoi on doit aboutir. On a aussi un contrat type. Il n'a pas la vocation à être décliné forcément de la même manière sur tous les territoires, mais on a essayé de bâtir un contrat type. On a également bâti des modèles de fiches actions. Et sur un certain nombre de sujets, pas sur tout, on a aussi essayé de mettre en place une espèce de panier de services. Cette démarche-là n'est pas complètement aboutie ».

Ces éléments de cadrage ne sont pas partout aisés à faire partager tant ils promeuvent une approche planificatrice de la santé. Face à ceux-ci, les élus locaux revendiquent leur autonomie et expriment le refus d'être « un terrain d'application du plan stratégique régional de santé... et de se plier au diktat de l'ARS ». Rappelant à l'envi qu'ils n'ont pas la compétence santé, cette posture traduit surtout le fait qu'ils sont rétifs à tout ce qui peut être interprété comme leur (re)mise « sous tutelle » par l'État.

Ces constats montrent que les élus locaux souhaitent rester maîtres de leur agenda public sur leur territoire d'action et d'élection conformément à la représentation qu'ils se font de leur rôle et de leurs pouvoirs. D'autres éléments encore éprouvent les capacités opérationnelles d'animation et de coordination des ARS.

3. RÉGULATION DE L'ACTION LOCALE EN SANTÉ ET CAPACITÉ EFFECTIVE DES ARS

Les ARS peinent à assumer les fonctions d'un État 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 leur rôle de garant de l'intérêt général. Dans ce cadre, l'analyse faite ici du pouvoir de l'État français sur les territoires – en tenant compte du déploiement effectif des ressources qui sont les siennes (Dupuy et Pollard, 2013) - permet de saisir les limites qui entravent sa capacité à orienter et encadrer les politiques territoriales de santé.

Non épargnées par la logique de réduction des dépenses publiques portée par la Révision générale des politiques publiques, les ARS souffrent d'un déficit de moyens humains et en compétences d'expertise et d'ingénierie de projet nécessaires à la lecture des enjeux sanitaires infrarégionaux et des ordres politiques locaux (Rolland et Pierru, 2013 ; Salaméro et Haschar-Noé, 2017). Mobilisées dans la démarche contractuelle très tôt après leur création, elles n'ont pas eu le temps de développer un réseau relationnel à l'échelle locale avec leurs Délégations départementales (DD) contrairement, par exemple, aux partenariats et pratiques collectives de travail que les ASV ont durablement permis d'ancrer dans

les quartiers (Honta et Basson, 2017). Cumulés, ces éléments font que le jeu de l'intégration verticale entre le siège des ARS et leurs DD n'est pas toujours stabilisé. Dans certaines DD par ailleurs, des référents tirent des rapports directs avec les acteurs locaux des ressources pour conserver des marges d'autonomie vis-à-vis du siège. Un cadre de l'ARS indique ainsi : « Ce qui est compliqué pour nos DD qui ne sont quand même pas extraordinairement riches en termes d'effectifs, c'est d'identifier un référent par CLS. La difficulté c'est la ressource humaine, la compétence. Elle est en nombre limité sur ces aspects d'ingénierie. Sur certains CLS, le niveau du siège de l'ARS a été assez accompagnateur. Sur d'autres territoires, c'est remonté très tardivement au siège qu'il y avait des choses qui allaient peut-être se faire. Après, quand il a fallu se prononcer sur le respect plus ou moins important du cadrage régional, c'était trop tard parce que les discussions entre DD et collectivités étaient trop avancées. Nous, l'info nous est arrivée en bout de course, ça, c'est une erreur. Il faudrait donc que l'on arrive à être dans cette perméabilité de nos propres échelles d'intervention. C'est plus facile à dire qu'à faire et pour le moment, on n'est pas encore dans ce niveau d'interpénétration ».

Outre ces difficultés, l'incertitude des capacités financières des ARS caractérise aussi les négociations engagées au titre des CLS alors que l'attribution de co-financements constitue généralement une dimension essentielle de la contractualisation (Gaudin, 1999). La méconnaissance de ces informations plonge les élus comme les autres catégories d'acteurs censés participer dans la perplexité. Elle introduit, dans les échanges, des résistances et partant, une structure de pouvoir défavorable aux ARS 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 et les ARS peuvent ainsi être prises dans des marchandages sclérosant, parfois durablement, le processus de négociations. Ceci constraint les ARS à adopter un mode d'animation des échanges plus participatif et ascendant (Haschar-Noé et Salaméro, 2016). Partant, l'une de ses représentantes reconnaît avoir aussi « perdu la main... comme un aveu que l'on a besoin que les collectivités soient présentes... ce qui démontre notre impuissance ».

Le CLS devient dans ce cadre un levier d'intervention mobilisé par les acteurs locaux pour faire valoir leurs propres visions, peser dans les négociations et confirmer, voire acquérir, par là même, une position de centralité. Une responsable de service dans une métropole précise en ce sens : « Quand au sein de la métropole, on a évoqué l'idée d'un CLS, on a aussi beaucoup parlé de l'ARS, de ses contraintes, de l'absence de moyens, etc.. C'est très vrai que les CLS instrumentalisent les collectivités locales parce qu'en effet ils utilisent leurs forces vives pour appliquer le PRS, pas directement par l'ARS, mais à travers une sorte de délégation aux collectivités locales. Nous on avait très bien conscience de cela et du fait que l'ARS ne pouvait pas signer des CLS avec toutes les communes de la métropole. Elles n'auraient pas toutes demandé, mais au moins il y en aurait eu trois ou quatre autres, oui. Et même trois ou quatre autres, c'est autant de besoins humains pour assurer l'accompagnement de cette demande que l'ARS n'a pas. Sans parler du reste du département. C'était incommensurable pour eux. Évidemment, ils ont tiré parti de notre intérêt pour le CLS. Même si ça n'a pas été dit tout

à fait comme ça, il n'y a pas eu de choses cachées. Du coup, on a pu s'engager avec leur soutien ».

Les ARS éprouvent également 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. À cette aune, la légitimité de chacun ne dépend plus seulement du mandat mais aussi de la lecture, sur un site donné, de ce qui fait « problème » en matière de santé, les acteurs publics en présence tendant à mobiliser des arguments selon des préoccupations ou prérogatives à partir desquelles ils se sont déjà positionnés. 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'État 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'Éducation 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 de potentiels facteurs de blocage de leur démarche de mise en ordre territoriale de la santé. L'un d'eux témoigne : « Dans notre région, la DREAL⁸ s'est vu confier un chantier de réflexion sur la gouvernance alimentaire car il est remonté qu'il ne se faisait rien ou pas grand-chose sur ce volet. Cela nous a fait très plaisir à nous qui travaillons depuis dix ans sur l'alimentation au titre du Programme national nutrition santé ! Du coup, ça s'est traduit par le fait que la DREAL a proposé à des collectivités intéressées de réfléchir à cette question et qu'elles soient accompagnées pour cela pendant un an. Que peut-on faire ? Bref, ça nous renvoie surtout, et je pense qu'il faut vraiment le prendre en compte, à notre responsabilité. Côté élus, il n'y a pas du tout de visibilité sur ce que nous faisons en matière d'alimentation. C'est notre rôle de clarifier, de rendre visible, de coordonner. Mais il appartient aussi à la DREAL de savoir qu'on fait des choses. Tout ça reste un peu cloisonné ».

8. La Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement est le service régional des ministères de l'Environnement, de l'Énergie et de la Mer et du Logement et de l'Habitat Durable.

La capacité effective des ARS à contrôler et orienter les politiques territoriales de santé est limitée par les permanentes logiques sectorielles ministérielles que le travail d'agrégation engagé au titre du CLS n'a pas permis de renverser sur plusieurs sites. Alors que les services déconcentrés de l'État ont toujours été soucieux de préserver leur position, leur autonomie d'action et leur réseau dans l'espace régional, leur fragilisation suite aux récentes réformes de l'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). Elle est ainsi entravée par les difficultés des ARS à connaître la réalité sur laquelle elles sont censées intervenir. Au bout du compte, cette myopie de l'État (Dupuy et Pollard, 2013) comme ce paysage procédural fragmenté inhérent à l'éclatement des compétences dans le champ notamment de la prévention et de la promotion de la santé, placent 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.

CONCLUSION

La variété des CLS étudiés montre que les configurations de négociations promues par l'État sont fortement dépendantes des contextes territoriaux, des acteurs en présence, des ressources mobilisables et des modes d'organisation interne des ARS, autant de conditions qui affaiblissent, en partie, ses capacités de régulation. En outre, les initiatives et les pratiques accumulées sur les divers sites avant le déploiement des CLS créent là aussi des « effets d'ornières » (Nay, 2001) qui influent sur le comportement des acteurs publics et sur la définition du contenu de l'action locale de santé. Reste que si les représentants des deux ARS expriment ainsi « essuyer les plâtres avec cette première génération de CLS », la capitalisation des expériences opère comme un levier de transformation progressive des modes d'intervention des partenaires en présence. L'apprentissage de l'action partenariale se fait par tâtonnements, il se révèle parfois long et douloureux. Dans ce cadre, la construction des onze CLS étudiés recouvre pleinement les traits d'une négociation-projet telle que la définit Christophe Dupont (1994) : la négociation est d'abord nécessaire pour mettre au point et réaliser un projet qui ne pourrait être entrepris et mené à bien sans l'intervention de plusieurs partenaires. Ici, bien que le terrain d'entente ne reflète pas nécessairement, ni même probablement, l'égalité parfaite entre les exigences des uns et des autres, bien qu'il soit très certainement influencé par des jeux de pouvoir, la solution obtenue sera au minimum une modalité pratique d'action commune, une possibilité de travailler ensemble, un arrangement. Ce dernier et la fabrication de règles en bien des points pragmatiques qu'il permet, impliquent que c'est au contact des autres que chaque acteur découvre ce qu'il peut accepter et abandonner. Tout ce qui peut être perçu comme une tentative d'imposition d'une vision du monde pré définie ou une ingérence contient, en effet, le risque de fragiliser la production d'accords et de bloquer, durablement parfois, les conditions à travers lesquelles la négociation devient le « moyen d'exister ensemble » (Thuderoz et Giraud-Héraud, 2000 : 21).

Sur le plan analytique, les politiques contractuelles, parce qu'elles ouvrent le jeu à une pluralité d'acteurs, rendent la négociation inévitable. Processus largement indéterminé de régulation sociale et politique, elle offre continuellement l'opportunité de saisir les formes de production de l'action collective (Reynaud, 1989) mais fait émerger aussi de nouveaux éclairages pour comprendre les transformations contemporaines des relations entre l'État et la société.

RÉFÉRENCES

- AUST Jérôme, CRESPY 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 Éric (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.
- DUPONT Christophe (1994), *La Négociation. Conduite, théories, applications*, Paris, Dalloz.
- DUPUY Claire et POLLARD Julie (2013), « Les limites du pouvoir de l'État dans les territoires. Les politiques de l'État dans le secteur de l'éducation et du logement en France », *Sciences de la société*, n° 90, p. 22-41.
- 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.
- FASSIN Didier (dir.) (1998), *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte.
- FRIEDBERG Erhard (2009), « Pouvoir et négociation », *Négociations*, vol. 2, n° 12, p. 15-22.
- GAUDIN Jean-Pierre (1999), *Gouverner par contrat, l'action publique en question*, Paris, Presses de Sciences Po.
- HALPERN Charlotte, LASCOUMES Pierre et LE GALÈS Patrick (dir.) (2014), *L'instrumentation de l'action publique. Controverses, résistances, effets*, Paris, Presses de Sciences Po.
- HASCHAR-NOÉ Nadine et SALAMÉRO Émilie (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 et BASSON Jean-Charles (2017), « La fabrique du gouvernement métropolitain de la santé. L'épreuve de la légitimation politique », *Gouvernement et action publique*, vol. 6, n° 2, p. 63-82.
- HUDEBINE Hervé, JOURDAIN Alain et MUÑOZ Jorge (2014), « Les premières années des ARS dans le secteur médico-social », *Journal de gestion et d'économie médicales*, n° 31, p. 81-96.
- LASCOUMES Pierre et LE BOURHIS Jean-Pierre (1998), « Le bien commun comme construit territorial : identités d'action et procédures », *Politix*, vol. 42, p. 37-66.

- LE GALÈS Patrick (1999), « Le desserrement du verrou de l'État ? », *Revue internationale de politique comparée*, vol. 6, n° 3, p. 627-653.
- NAY Olivier (2001), « Négocier le partenariat. Jeux et conflits dans la mise en œuvre de la politique communautaire en France », *Revue française de science politique*, vol. 51, n° 3, p. 459-481.
- REYNAUD Jean-Daniel (1989), *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, Paris, Armand Colin.
- 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.
- SALAMÉRO Émilie et HASCHAR-Noé Nadine (2017), « Variabilité des formes de gouvernance d'un contrat local de santé : ajustement en situation et légitimation négociée », *Terrains et travaux*, vol. 1, n° 30, p. 163-184.
- STIMEC Arnaud (2011), *La Négociation*, Paris, Dunod.
- 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.
- THOENIG Jean-Claude (1994), « De l'incertitude en gestion territoriale », *Politiques et management public*, vol. 13, n° 3, p. 1-27.
- THUDEROZ Christian et GIRAUD-HÉRAUD Annie (2000), « La négociation sociale comme champ d'études : regards sur le cas français », dans Christian THUDEROZ et Annie GIRAUD-HÉRAUD (coord.), *La négociation sociale*, Paris, CNRS Sociologie.