



HAL
open science

L'organisation locale de l'équité en santé ou les errements de l'intersectorialité

Marina Honta

► **To cite this version:**

Marina Honta. L'organisation locale de l'équité en santé ou les errements de l'intersectorialité. *Epidemiology and Public Health = Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 2019, 67 (suppl. 1), pp.S13-S18. 10.1016/j.respe.2018.12.059 . halshs-02012049

HAL Id: halshs-02012049

<https://shs.hal.science/halshs-02012049v1>

Submitted on 21 Oct 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

L'organisation locale de l'équité en santé ou les errements de l'intersectorialité

The local organization of health equity or the mistakes of intersectorality

M. Honta*

Centre Emile Durkheim, UMR CNRS 5116, Université de Bordeaux, 12 avenue Camille Jullian, 33607 Pessac cedex

**Auteur correspondant*

Adresse e-mail : marina.honta@u-bordeaux.fr (M. Honta)

Abstract

In recent years, there has been a new institutional set of developments in France aimed at promoting the adoption of partnership-based, cross-sectoral and modulated health policies based on the health status of the population. Nevertheless, because addressing the challenge of health equity depends largely on the mobilization of a large number of protagonists with very heterogeneous initiatives, interests and values, the conduct of such policies potentially opens up a space for confrontation between those who wish to promote it and those who refuse, challenge, circumvent or neutralize the reconfigurations of public action and the work routines it inevitably induces. This company can therefore be marked by tensions and additional constraints for the actors. In this context, it remains largely conditional.

Keywords Intersectoriality; Social inequalities of health; Local action; Partnership

Résumé

Ces dernières années ont vu une nouvelle donne institutionnelle consacrer, en France, des évolutions destinées à favoriser l'adoption de politiques de santé partenariales, intersectorielles et modulées en fonction de l'état de santé des populations. Néanmoins, parce que relever le défi de l'équité en santé dépend largement de la mobilisation d'un grand nombre de protagonistes aux initiatives, intérêts et valeurs très hétérogènes, la conduite de telles politiques ouvre potentiellement un espace d'affrontements entre ceux qui souhaitent la promouvoir et ceux qui refusent, contestent, contournent ou neutralisent les reconfigurations de l'action publique et des routines de travail qu'elle induit inmanquablement. Cette entreprise peut dès lors être marquée par des tensions et un surcroît de contraintes pour les acteurs. Aussi reste-t-elle, dans ce cadre, largement conditionnelle.

Mots clés Intersectorialité ; Inégalités sociales de santé ; Action locale ; Partenariat

1. Introduction

Parce que l'essentiel des inégalités de santé (ISS) se joue en amont du système de soins, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme les chercheurs spécialisés dans leur compréhension, militent pour que les politiques publiques agissent sur l'ensemble des déterminants économiques et sociaux de la santé d'une population. De telles actions se révèlent effectivement indispensables pour concevoir des environnements qui lui soient favorables afin que nul ne soit lésé dans la réalisation de son potentiel sanitaire en raison de sa situation ou de circonstances sociales. L'OMS ajoute, en ce sens, que « la prise en compte de la santé dans toutes les politiques publiques nécessite une approche intersectorielle de celles-ci qui tient compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions, qui recherche des synergies et qui évite les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé » [1,2]. Outre cette dimension intersectorielle, l'efficacité de ces politiques tient aussi au fait qu'elles soient localement conçues afin de prendre en compte les besoins et les contextes, toujours spécifiques, des territoires et de leurs habitants [3]. A cette fin, concevoir ce « bien commun territorialisé » en matière de santé [4] trouve sens dans l'action collective.

Plusieurs évolutions et dispositions semblent, ces dernières années et en France tout particulièrement, favoriser l'adoption de ce mode de gouvernement propice à l'élaboration de politiques publiques partenariales, décloisonnées et adaptées aux besoins des populations et de leur état de santé [5]. Néanmoins, parce que relever ce défi de l'équité en santé dépend largement de la mobilisation d'un grand nombre de protagonistes aux initiatives, intérêts et valeurs très hétérogènes, la conduite d'une telle démarche ouvre potentiellement un espace d'affrontements et de frictions politiques entre ceux qui souhaitent la promouvoir et ceux qui refusent, contestent, contournent ou neutralisent les reconfigurations de l'action publique et des routines de travail qu'elle induit inmanquablement. Cette entreprise peut dès lors être marquée par des tensions, des formes de violences symboliques ou matérielles et des conflits portant sur les règles et les formes de régulation à adopter localement [6].

Les données mobilisées pour illustrer empiriquement les processus à l'œuvre sont issues de diverses études menées entre 2009 et 2018. Elles portent sur la mise en œuvre de deux programmes nationaux de santé publique : les plans nationaux « Nutrition santé » (PNNS) et « Sport, santé, bien-être » (PSSBE). Présentés comme étant à forte dimension interministérielle, ils revêtent aussi de forts enjeux de justice sociale.

Ces recherches ciblent également l'examen des modalités de fabrication des contrats locaux de santé (CLS) « de première génération » et de la gouvernance urbaine des politiques de santé au moyen, notamment, du déploiement de la démarche des Ateliers santé ville (ASV). Là encore, l'un des principaux objectifs affecté à ces deux dispositifs (CLS et ASV) consiste à structurer l'action locale de santé afin de collectivement lutter contre les ISS par l'adoption d'une démarche transversale et coordonnée.

Aux visées compréhensive et comparative, ces études ont été menées au moyen d'observations directes et d'entretiens semi-directifs réalisés auprès d'acteurs institutionnels et de représentants d'organisations mobilisées dans l'opérationnalisation de ces divers dispositifs ou programmes de santé publique (établissements de santé et médico-sociaux, associations des secteurs sanitaire, social et sportif, professionnels de santé, en activité physique adaptée, etc.). Privilégiant l'analyse, « par le bas », de l'action en train de se faire, elles ont consisté à identifier comment les acteurs placés en situation d'interdépendance convoquent arguments et savoirs afin de désigner et définir « ce qui fait territorialement problème » en matière de santé et produisent du sens pour l'action collective.

Enfin, toutes ces enquêtes s'appuient systématiquement sur un corpus de données issu de la littérature de première main relative à la régulation des politiques de santé (rapports publics, documents-cadres, textes réglementaires et administratifs, etc.).

2. Le nouvel ordre local de la lutte contre les inégalités sociales de santé

Le référentiel de territorialisation à l'œuvre depuis le début des années 1980 en France a directement encouragé la possibilité, pour les collectivités territoriales et leurs groupements, d'investir des domaines qui ne relèvent pas directement de leur ressort juridique au nom d'une légitimité territoriale à penser et produire le bien commun [7]. Ce volontarisme politique manifeste dans le champ de la santé conjugué à l'institutionnalisation des agences régionales de santé (ARS) et à la production de savoirs sur les ISS, figurent au titre des ressorts permettant, localement, de relever le défi de l'équité en santé.

2.1. Les génies supposés de la territorialisation de l'action publique

La réforme de décentralisation constitue une première évolution censée rompre avec les modalités jusque-là adoptées d'élaboration et de mise en œuvre des politiques publiques. Avant le début des années 1980, le territoire est avant tout conçu, par l'État, comme le lieu d'application de ses politiques caractérisant, elles-mêmes, sa volonté de réguler l'ensemble des problèmes sociaux par des politiques descendantes et sectorielles. La figure de l'État qui domine alors est celle de l'État planificateur ayant une vision pour le territoire. Les particularités locales sont ici gommées et ce sont des normes de portée universelle qui déterminent les besoins à satisfaire comme la conception des équipements collectifs et des services [8].

A partir de 1982, les récits qui entourent et légitiment la réforme de décentralisation diffèrent considérablement. Ils consacrent le rôle des acteurs agissant au plus près des populations. Ces récits font l'« éloge de la proximité » et renvoient à une autre appréhension du territoire qui devient le lieu de définition des problèmes publics et des modalités de leur traitement. Autrement dit, parce que le territoire est *a priori* considéré comme un espace pertinent de conduite de l'action collective et du partenariat, peuvent, quasi mécaniquement, s'agréger et s'imbriquer des intérêts institutionnels et sectoriels spécifiques et se mettre en place des procédures de traitement des problèmes par l'association d'acteurs de champs différents [9]. Les divers actes de décentralisation comme d'autres réformes encore des institutions locales (renforcement de la coopération intercommunale, institutionnalisation des Pays au sens de la loi Voynet et désormais des Pôles d'équilibre territorial et rural), éclairent cette appréhension pragmatique de la territorialisation érigée en tant que cadre propice aux apprentissages organisationnels et/ou aux reconfigurations des systèmes d'acteurs : l'appréciation fine des besoins par l'établissement de diagnostics partagés et la modulation des modes d'intervention qui en découle, permettent de « coller » au territoire tout en facilitant l'interconnaissance entre acteurs [10]. Pour ce faire, le partenariat, l'horizontalisation des rapports entre les protagonistes, la participation des habitants et la globalité sont identifiés comme les principaux ressorts de cette « nouvelle grammaire » d'action publique. L'intersectorialité s'impose alors comme la voie de l'efficacité : parce que les problèmes sociaux contemporains sont complexes et multidimensionnels, la réponse publique à apporter pour les traiter ne saurait être sectorielle. A cette aune, penser et élaborer une action publique transversale revient à directement fournir une réponse adaptée – donc juste - aux besoins de la population.

L'institutionnalisation à partir de 1986 du réseau Villes-santé de l'OMS puis celle d'un volet santé dans la politique de la Ville à la fin des années 1990, illustrent pleinement cette dynamique. Faisant suite à l'adoption de la Charte d'Ottawa, la définition retenue de la santé publique convoque de fait plusieurs secteurs d'intervention et, par la même, autant d'acteurs et d'institutions chargés de la promouvoir [11]. Dans ce contexte, le mouvement précurseur des Villes-santé incite les municipalités à développer une approche transversale et coordonnée des politiques en ce domaine.

C'est cette même logique que l'on retrouve, en France, à partir des années 2000 lorsque l'État incite les villes, à travers les ASV, à développer des politiques de prévention et de promotion de la santé. L'enjeu étant, à travers une démarche participative, partenariale et

transversale, d'agir sur les déterminants sociaux de la santé des personnes résidant dans les quartiers « en difficulté ». Cette approche, arimée à celle de la géographie prioritaire ou plus généralement du « zonage », favorise la constitution des espaces des problèmes et des solutions à travers l'adoption d'une méthodologie de projet [12]. Les coordonnateurs ASV rencontrés en Aquitaine [13] présentent unanimement ici le quartier comme étant l'échelle territoriale pertinente pour impliquer durablement les acteurs locaux et rendre opérants les apprentissages du travail collectif nécessaires à la mise en place des programmes d'actions. La légitimité de nature « pragmatique » des acteurs de proximité dépositaires d'une compétence tirée du contact avec les « réalités » et les « épreuves » du terrain est vantée car considérée comme indispensable au traitement des ISS. Ainsi, en invitant les participants à dire, *i.e* à représenter et afficher, « le risque » que les conditions de vie dégradées (emploi, habitat, équipements, services, transports, espaces verts, etc.) des habitants de ces quartiers font peser sur leur santé, la démarche des ASV participe au débordement territorial des politiques sectorielles [14]. Elle favorise, de manière plus générale, l'établissement de nouveaux ordres cognitifs.

2.2. Construction des savoirs sur les inégalités sociales de santé et mandatement des agences régionales de santé

Ces évolutions vers l'élaboration de politiques de santé soucieuses de justice sociale s'appuient aussi sur la construction et la diffusion de données probantes sur les ISS. Ces avancées scientifiques, dès lors qu'elles équipent l'aide à la décision et l'intervention, introduisent un changement dans la manière de concevoir le sens et le contenu des politiques de santé publique. Les programmes en la matière ont effectivement longtemps visé à rationaliser voire à moraliser les comportements individuels et à considérer ces individus indépendamment de leurs déterminants sociaux. Or, derrière les conduites se cachent des pratiques et des usages du corps fortement différenciés selon les appartenances sociales [15]. Cela explique que les individus reçoivent très différemment ces injonctions à bien se conduire [16] : là où les classes moyennes et supérieures sont plutôt réceptives vis-à-vis des prescriptions, les individus des classes populaires sont plus réticents. Pourtant, ils n'ignorent pas qu'ils sont, bien plus que les autres, exposés aux risques de surendettement, de santé ou de dégradation de l'environnement. Dès lors, il leur paraît illusoire de penser que leurs seuls changements de comportement les préserveront de tous ces risques [17]. Par ignorance de ces mécanismes sociaux, et ce fût longtemps le cas, les programmes de prévention et de promotion de la santé contribuaient directement aux inégalités sociales [18].

Les travaux, expertises, rapports rappellent à l'envi désormais que les ISS ne relèvent pas seulement de la biologie mais aussi de déterminants socialement construits [19]. Ils précisent que parce que le « social pénètre les corps » [20], promouvoir des enjeux d'équité en santé consiste à s'intéresser aux causes fondamentales - les causes des causes -, à investir dans la conception d'environnements favorables à la santé. Partant, ce sont de nouveau les acteurs collectifs et non plus seulement individuels qu'il s'agit de responsabiliser. Ces orientations entrent ainsi en résonance avec les recommandations de l'OMS et la contribution du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) à la Stratégie nationale de santé qui préconisent d'intégrer la santé dans toutes les politiques publiques. Plus généralement, de tels enjeux de justice sociale renvoient directement aux dimensions de l'État social à travers les formes de solidarités qu'il entend organiser au nom de l'intérêt collectif.

Parce que ces savoirs de portée générale ne sauraient suffire, la création d'observatoires territoriaux, le développement de collaborations entre acteurs mobilisés dans la production locale de l'équité en santé, habitants et chercheurs qu'impulsent les programmes de recherche interventionnelle, participent de cette fabrication de données. Elles permettent de connaître et de comprendre les logiques constitutives des territoires et de leurs habitants pour envisager d'agir sur ces dernières de manière modulée [21].

Ces savoirs accumulés, cependant, ne se traduisent pas mécaniquement dans les politiques

menées sur le territoire notamment parce que la santé ne relève pas explicitement de la compétence des collectivités ou des groupements de communes. Afin d'éviter qu'ils demeurent invisibles, les ARS ont été, dès leur création, mandatées pour participer au traitement des ISS par le truchement de l'intersectorialité. L'enjeu de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) est de réguler le système de santé français en palliant, effectivement, les carences de l'administration sectorielle [22]. Cette réforme fait ainsi suite à plusieurs constats. Elle vise d'abord à renforcer l'administration de la santé qui a été, jusqu'aux années 1990, qualifiée de « faible » ou de « pauvre » [23]. Dépourvue d'un grand corps capable de la défendre administrativement et politiquement, elle se voit confrontée à des groupes d'intérêt puissants et concurrencée par le réseau de l'Assurance maladie. Sa faiblesse, alors, tient aussi à sa fragmentation et à son fonctionnement en « tuyaux d'orgue » : l'absence de lien hiérarchique entre directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales et l'échec des tentatives visant à clarifier leurs compétences respectives, expliquent que leurs relations sont restées teintées de méfiance et de concurrence [24].

A tous ces titres, les fusions opérées à la fin des années 2000 et la consécration du niveau régional promue à travers la création des ARS, sont animées par la volonté de rapprocher et de coordonner les différents segments de l'administration déconcentrée de l'État et le réseau de l'Assurance maladie. Le projet régional de santé (PRS) représente, quant à lui, l'instrument devant favoriser l'imbrication entre les champs de la régulation de l'offre de soins, de l'accompagnement médico-social et de la prévention et de la promotion de la santé (PPS). A travers la création des ARS, il s'agit aussi de renforcer les liens entre elles, les collectivités territoriales et les autres services déconcentrés de l'État car les compétences dans les secteurs médicosocial et de la PPS sont largement partagées. Les CLS sont présentés ici comme un autre dispositif, de type incitatif et participatif, devant leur permettre de décliner le PRS et d'organiser, concrètement, cette action transversale et partenariale à des fins de structuration des politiques territoriales de santé et de lutte contre les inégalités en ce domaine.

A ces divers titres, le territoire est censé fournir tout à la fois le cadre de l'action et de son évaluation, son sens et son organisation. Si cette approche renouvelée de l'action publique est envisagée comme prometteuse pour l'intégration des politiques sur un même territoire, le constat s'impose aujourd'hui que les objectifs d'adaptation, de lisibilité, de transversalité et de cohérence ne sont pas atteints.

3. L'équité en santé saisie par les jeux de pouvoir

Les politiques locales de santé n'ont pas échappé aux effets, qualifiés de pervers, de la décentralisation et de la dynamique de territorialisation qui l'accompagne [25]. Elles représentent aujourd'hui 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. Restant le produit d'une série de décisions disparates, elles dépendent des rapports de force et des compromis entre les parties en présence [26]. Dans ce contexte, la conception d'une intervention transversale et coordonnée bouscule les routines de travail car elle implique de substantiels coûts cognitifs, organisationnels et institutionnels que les acteurs en présence ne sont pas toujours prêts à assumer.

3.1. La revanche du sectoriel

Les administrations locales et nationales étant historiquement organisées pour prendre en compte et défendre les attentes des groupes d'intérêts sectoriels respectifs avec lesquels elles sont en interaction, les politiques élaborées à chacune des échelles de gouvernement se sont construites indépendamment les unes des autres. Concevoir, dans ce cadre, une action intersectorielle implique de composer avec des agents publics, des élus locaux et des

professionnels de divers champs ayant eu une formation initiale et des modes de socialisation professionnelle très éloignés de ce qu'est la santé publique. Cela explique la méconnaissance des enjeux de santé publique que peuvent soulever les autres politiques locales (urbanisme, environnement, sport, logement, etc.) et, ce faisant, les faibles collaborations. Peu de ces acteurs savent, au fond, qu'ils agissent sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé. Aussi, parce qu'elle demeure encore définie par les autres services selon son acception biomédicale (l'absence de maladie), elle ne peut être identifiée comme préalable de l'action, qui plus est, intersectorielle [27].

Ce travail de sensibilisation et d'acculturation est chronophage et ne correspond donc que peu au temps du mandat politique. Par ailleurs, les ressources disponibles, les conditions de travail en présence et les jeux de pouvoir, à l'échelle locale, ne le facilitent pas toujours. La construction de guides, l'appropriation par les collectivités territoriales du dispositif de l'évaluation d'impacts sur la santé (EIS), la diffusion par les ARS et les agences d'urbanisme des enjeux liés notamment aux questions de santé environnementale, participent, sur certains sites, de cette acculturation. Elle exige aussi et surtout la présence d'entrepreneurs de cause convaincus de l'intérêt d'une telle approche transversale [28]. Ces derniers peuvent néanmoins se voir reprocher de faire de l'ingérence ou d'outrepasser leur délégation. Aussi, la volonté de décloisonner le travail administratif reste-t-elle souvent balbutiante, de nombreux acteurs municipaux se montrant réticents à cette évolution. L'apparition d'une « culture du projet » favorisant l'émergence de dispositifs transversaux est, en effet, contrariée, d'une part, par la résistance au changement de certaines cultures professionnelles et, d'autre part, par un intérêt très variable manifesté envers la santé publique par les différents élus et responsables de services. Cette cadre au sein d'une métropole l'exprime clairement : *« Il y a toujours des personnes qui ne comprennent pas, même en interne. Par exemple, il y a un collègue qui travaille en ce moment sur la prospective avec le Conseil départemental et j'apprends qu'il travaille sur les indicateurs de bien-être, sur l'indicateur de positivité des villes. Il nous informe par mail et je vois « qualité de vie ». Je me dis, c'est intéressant, ça m'intéresse d'adhérer. Là, il me dit : « Oui mais on ne travaille pas sur la même qualité de vie, sur la même question, on ne l'entend pas de la même façon ». Comment ça on ne l'entend pas de la même façon la qualité de vie ? C'était très surprenant et il n'a pas été plus loin. L'autre jour, je rencontre le Conseil départemental et mon interlocuteur me dit : « Vous bossez avec X ? » Donc, mon fameux collègue. Je dis : « Ben, très peu, je sais ce qu'il fait sur l'indice de positivité des villes mais on ne travaille pas vraiment ensemble ». Il n'en revenait pas ! Donc, le Conseil départemental avait bien compris, évidemment, parce qu'ils pilotent pas mal ces questions de qualité de vie, de santé et d'indicateurs de bien-être, etc. Alors que mon collègue avec qui je travaille côte à côte car son bureau est là, est en train de me dire qu'on travaillait sur la qualité de vie mais pas avec une vision identique. Je lui ai proposé à deux reprises, je lui ai dit : « Moi, je veux bien que tu m'invites à la réunion au moins pour voir où ça en est et puis réagir ». Mais ça non, je n'ai jamais été invitée, surtout pas en fait. Il y a des sortes de préjugés ou des pré carrés ».*

Alors que l'une des conditions du dépassement de ces routines et/ou territoires professionnels suppose un portage politique fort, transversal et constant pour développer une vision globale en termes d'enjeux et d'acteurs, la distribution des responsabilités aux maires adjoints induit plutôt, dans certaines villes, leur forte spécialisation. Face au découplage qui peut en découler entre, notamment, actions sanitaire et sociale, les agents administratifs expriment se sentir « *tirillés* » entre ces deux secteurs. Cette spécialisation offre plus généralement aux adjoints l'opportunité de dégager des marges d'autonomie propices au saupoudrage de projets caractérisés par leur redondance et la multiplicité des objectifs [29]. Dès lors, la mobilisation des élus locaux, bien que perçue comme indispensable, n'est pas toujours synonyme de cohérence.

L'étude menée dans trois régions (Nord-Pas-de-Calais, Midi-Pyrénées, Aquitaine) auprès des « villes actives du PNNS » fournit d'autres relevés empiriques. Cherchant à caractériser le degré de travail collaboratif que le plan a induit entre les divers services administratifs de la collectivité, quatre modalités de coordination ont été observées : une forme

« centralisée », la plus fréquente, dans laquelle un secteur d'intervention prédomine et oriente fortement le pilotage et le contenu du PNNS en local ; une forme « diffuse » consistant en des « arrangements » faiblement formalisés entre acteurs et services et où la stabilité et la continuité des actions semblent peu assurées ; une forme « éclatée » où dominent des relations d'indifférence voire conflictuelles entre différents porteurs locaux se réclamant du PNNS (élus et/ou techniciens), relations accompagnées parfois de mises en œuvre contradictoires et non coordonnées des dispositifs ; une forme « intégrée », *la plus rare*, caractérisée par une coordination intersectorielle, une action publique transversale et la constitution d'un comité local de pilotage du PNNS associant plusieurs services (jeunesse, éducation, sport, santé, restauration collective, social...) [30].

Cette défense des préoccupations sectorielles peut être impulsée par les ministères et leurs services déconcentrés. Ces derniers ont effectivement 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 le jeu politique local [31]. Alors que la loi HPST confie aux ARS la responsabilité de nouer des relations solides et transversales avec les collectivités territoriales et ces services, ils sont plutôt tentés de préserver les partenariats déjà construits avec les acteurs publics et privés locaux afin de « garder la main » sur leurs propres dispositifs. Tel est notamment le cas lorsque les ministères élaborent des politiques ou des programmes affichant, plus ou moins explicitement, des objectifs de santé publique, de qualité de vie ou de bien-être. Aussi, la Direction régionale de l'agriculture, de l'alimentation et de la forêt, le Rectorat, la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, la Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement, etc., figurent au titre des services pouvant promouvoir auprès des collectivités et de divers autres opérateurs des programmes relatifs à la gouvernance alimentaire, à l'éducation à la santé des publics scolarisés, à la lutte contre la sédentarité, à la résorption de l'habitat indigne, au développement des mobilités douces, etc. Au bout du compte, ce paysage procédural fragmenté inhérent à l'éclatement des compétences dans le champ notamment de la prévention et de la promotion de la santé, entrave la capacité des ARS à connaître et à maîtriser la réalité sur laquelle elles sont censées intervenir. A cette aune, conduire une action transversale relève du « combat quotidien » [32].

Ces logiques d'intervention compromettant directement l'articulation entre logiques d'action nationales et territoriales, c'est au moyen d'instruments de types contractuel et marchand que l'État central cherche désormais à reprendre la main sur les valeurs et les finalités des politiques territoriales. S'ils sont porteurs de ressources pour les acteurs locaux, ils constituent aussi des contraintes car ils circonscrivent parfois leur capacité à opérationnaliser l'action publique de santé dans ses dimensions partenariale et intersectorielle.

3.2. Une régulation étatique équivoque

La dernière réforme territoriale et, plus spécifiquement la loi portant nouvelle organisation territoriale de la République, revêt classiquement une dimension normative. Supprimant la clause générale de compétences pour les Départements et les Régions, elle invite ces collectivités territoriales à se recentrer sur leur cœur de métier. Alors que l'action sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé est fortement dépendante de la mobilisation de ces institutions locales, la réforme peut leur offrir « une porte de sortie » pour se désengager [33]. La baisse concomitante des dotations de l'État aux collectivités territoriales et à leurs groupements ajoute à ce risque. Elle accentue désormais la méfiance réciproque entre ces divers acteurs gouvernementaux. Pour les acteurs locaux, l'État apparaît de plus en plus comme un partenaire peu fiable sur lequel il est difficile de compter dès lors qu'il change, régulièrement, les règles de financement des projets locaux. Pour les acteurs étatiques, la défiance à l'égard de toute dynamique décentralisatrice n'est pas

nouvelle. Elle est particulièrement prégnante dans les champs d'intervention qualifiés de régaliens (santé, sécurité, justice, éducation). Ces agents reprochent à l'action des institutions locales d'être trop « *politique* », autrement dit peu rationnelle, peu stable et productrice d'inégalités. Ces représentations « de l'autre » génèrent des tensions voire des conflits ouverts qui ont été largement observés lors de la négociation des CLS. Alors que les élus n'hésitent pas à exploiter l'incertitude liée à l'obtention de financements étatiques, les ARS peuvent être prises dans des marchandages sclérosants, parfois durablement, l'action partenariale et intersectorielle [34].

La construction des disparités d'engagement des collectivités territoriales et de leurs groupements ne saurait relever de leur seul fait. Elles peuvent également être produites et/ou consacrées par l'État lui-même à travers ses modes contemporains de valorisation des projets et des acteurs locaux. Les chartes, labels, logos, financement par projet, loin de constituer des dispositifs anodins, figurent au titre de ces nouveaux dispositifs permettant à l'État (et à bien d'autres organisations avec lui) d'orienter l'action locale dans le sens de ses priorités [35]. Largement éprouvés dans le champ de la régulation de l'offre de soins, ces instruments induisent, dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé également, des comportements opportuns amplifiant la concurrence et les logiques individualistes à l'échelle locale. Cette situation est susceptible de freiner la construction d'un intérêt collectif territorialisé capable de donner sens et cohérence aux actions menées. Néanmoins, l'État relaie, dans le même temps et *via* les critères du cahier des charges de ces outils, des injonctions à la mise en cohérence et à la coopération inter organisationnelle et intersectorielle. Dans ce cadre, les capacités des acteurs locaux à « objectiver » des dynamiques de collaboration pour capter les ressources adossées à ces dispositifs restent très hétérogènes. Qu'il s'agisse de financer ou de labelliser certains projets, cette sélection renforce ou objective des inégalités de dotation, de statut et de réputation. Les différences de potentialités des territoires et de leurs acteurs ainsi consacrées représentent, possiblement, un autre effet pervers contreproductif dès lors qu'il s'agit de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé [36,37].

Enfin, les moyens alloués avec ces instruments ne peuvent suffire à pérenniser l'action locale de santé et à limiter les risques liés à l'engagement. S'ils sont effectivement considérés comme une opportunité à saisir, ils ne sont en aucun cas appréhendés comme un filet de sécurité. Les expériences vécues par les opérateurs primés au titre, par exemple, d'un plan régional « Sport, santé, bien-être » donnent à voir l'incertitude liée à la reconduction des aides. Tel est le cas pour cette maison de santé spécialisée dans le traitement du diabète, primée une année et plus ensuite. Si son responsable administratif indique qu'il « *comprend que cette aide doit bénéficier au plus grand nombre... il faut bien tourner* », d'autres se montrent plus sévères quant à ces règles contemporaines de soutien au projet local. Ce président d'association sportive est explicite : « *Ces plans sont au service de projets pour orienter le mouvement sportif un coup vers les femmes, un coup vers le handicap, un coup vers le développement durable, un coup vers la santé et ainsi de suite. En tant que dirigeant, je peux vous dire qu'à la fin vous ne savez plus où vous habitez. Vous vous éloignez de vos projets associatifs et de votre discipline et vous vous éloignez en même temps de ce qui vous est présenté comme des opportunités d'évolution mais qui ne sont en fait que des coups politiques ou des coups de com. Ils sont souvent sans suite, enfin valables sur 2-3 ans, avec des budgets toujours à la baisse, et pas de vision...ça c'est une politique de guichet et pour être membre de ce guichet, on devient une girouette* ».

Durcissement des jeux de pouvoir et des luttes entre acteurs institutionnels, révision des manières de concevoir et de soutenir les projets locaux, instrumentalisation des opérateurs, figurent ainsi au titre des répercussions possibles induites par ces formes, plus douces, de gouvernementalité contemporaine.

L'ambition initiale de cohérence liée aux processus de territorialisation n'est pas totalement absente, loin s'en faut. Si elle reste fortement dépendante des contextes territoriaux, des acteurs en présence et des ressources qu'ils peuvent ou veulent mobiliser, il y a bien, sur divers sites, décloisonnement partiel des secteurs d'action publique.

Reste que l'intégration des scènes locales où le sectoriel serait subsumé dans le territorial résiste mal à la fragmentation des lieux de décision et à la dispersion des pouvoirs locaux. Qu'il s'agisse effectivement de la mise en œuvre du PNNS, du PSSBE, du déploiement des CLS, les ARS, les collectivités territoriales et leurs groupements, les opérateurs locaux, éprouvent des difficultés à mettre en pratique la dimension transversale et partenariale de la santé publique et à se saisir pleinement de ces enjeux d'équité. En ce sens, l'intersectorialité consiste, encore souvent, à se contenter de créer quelques (précieux) ponts entre acteurs et services volontaires.

Déclaration d'intérêts

L'auteure déclare ne pas avoir de conflits d'intérêt en relation avec cet article.

Références

- [1] Organisation mondiale de la santé. Contribuer au développement économique et social : une action intersectorielle durable pour améliorer la santé et l'équité en santé (WHA 67.12), 2014.
- [2] Organisation mondiale de la santé. Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. 2008.
- [3] Clavier C, Cagnon F. L'action intersectorielle en santé publique ou lorsque les institutions, les intérêts et les idées entrent en jeu. *The Innovation Journal: The Public Sector innovation Journal* 2013,18(2), article 2.
- [4] Lascoumes P, Le Bourhis J.-P. Le bien commun comme construit territorial. *Identités d'action et procédures*. *Politix* 1998;42:37-66.
- [5] Potvin L, Moquet M.-J, Jones C (sous la direction de). Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis, INPES, Coll. Santé en action, 2010, 380 p.
- [6] Honta M, Haschar-Noé N, Salaméro E. L'État à l'épreuve de la régulation territoriale. La mise en négociations des contrats locaux de santé. *Négociations* 2018;1(29):143-55.
- [7] Honta M, Basson J.C, Jaksic M, Noé O. Les gouvernements du corps. *Administration différenciée des conduites corporelles et territorialisation de l'action publique*. *Terrain & Travaux* 2018;1(32):5-29.
- [8] Epstein R. La rénovation urbaine. Démolition-reconstruction de l'État. Paris, Presses de Sciences Po, 2013.
- [9] Duran P. Penser l'action publique. Paris, LGDJ, 1999.
- [10] Offner J.-M. Les territoires de l'action publique locale. Fausses pertinences et jeux d'écart, *Revue française de science politique* 2006;1(56):27-47.
- [11] Clavier C. Les élus locaux et la santé : des enjeux politiques territoriaux. *Sciences Sociales et Santé* 2009;27(2):47-72.
- [12] Basson J-C, Haschar-Noé N, Honta M. Toulouse, une « figure urbaine de la santé publique ». A propos de l'action publique municipale de lutte contre les inégalités sociales de santé. *Rev Epidemiol Santé Publique* 2013;2(61):S81-8.
- [13] Honta M. Les épreuves du mandat de coordonnateur des Ateliers santé ville. Mutations de l'action publique et stratégies de résistance. *Sciences Sociales et Santé* 2017;35(1):71-96.
- [14] Mériaux O. Le débordement territorial des politiques sectorielles. In Faure A, Douillet A-C. (sous la direction de), *L'action publique et la question territoriale*. Grenoble: PUG; 2005:p 27-32.
- [15] Boltanski L. Les usages sociaux du corps. *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations* 1971;1:205-33.

- [16] Basson J-C, Honta M. Se bien conduire dans une ville saine. La fabrication politique du gouvernement urbain de la santé de Toulouse. *Terrain & Travaux* 2018;1(32):129-53.
- [17] Hamelin F. Gouverner les conduites automobiles. L'ambivalence du recours à l'automatisation du contrôle des infractions à la vitesse autorisée. *Gouvernement et Action Publique* 2015;1(1):111-31.
- [18] Peretti-Watel P. La prévention primaire contribue-t-elle à accroître les inégalités sociales de santé ? *Rev Épidémiol Santé Publique* 2013;61(3):S158-62.
- [19] Lang T, Kelly-Irving M, Lamy S, Lepage B, Delpierre C. Construction de la santé et des inégalités sociales de santé : les gènes contre les déterminants sociaux ? *Santé publique* 2016;28(2):1-11.
- [20] Fassin D. (sous la direction de) *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales.* Paris: La Découverte;1998.
- [21] Haschar-Noé N, Lang T. (sous la direction de). *Réduire les inégalités sociales de santé. Une approche interdisciplinaire de l'évaluation.* Toulouse, Presses universitaires du Midi, 2018.
- [22] Bourdillon F, Lombrail P. Les ARS : une opportunité unique pour développer la prévention et la promotion de la santé, *Santé Publique* 2009;21(5):441-42.
- [23] Morelle A. *La défaite de la santé publique.* Paris: Flammarion; 1998.
- [24] Mesnil du Buisson M.-A, Jeandet-Mengual E. *L'évolution de l'organisation territoriale de l'Etat dans le domaine sanitaire et social.* Inspection générale des affaires sociales, Rapport n°2003-139, 2003.
- [25] Mabileau A. Les génies invisibles du local. Faux-semblants et dynamiques de la décentralisation. *Revue française de science politique* 1997;47(3-4):340-76.
- [26] Smits P, et al. Prendre en compte la santé dans les politiques publiques. Étude d'un régime de gouvernementalité au Québec. *Sciences sociales et santé* 2016;2(34):45-70.
- [27] Le Goff E. Innovations politiques locales, régulation de l'État et disparités territoriales. Un regard historique sur les politiques locales de santé dans les villes françaises (1879-2010). *Revue Française des Affaires Sociales* 2011;4:158-77.
- [28] Honta M, Basson J.-C. La fabrique du gouvernement métropolitain de la santé. L'épreuve de la légitimation politique. *Gouvernement et Action Publique* 2017;6:63-82.
- [29] Hassenteufel P, Le Bihan-Youinou B, Loncle-Moriceau P, Vion A. L'émergence problématique d'une nouvelle santé publique. Forums d'action publique et coalitions de projets à Rennes et à Brest. In Fassin D. (sous la direction de). *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales.* Paris: La Découverte;1998:p 84-109.
- [30] Haschar-Noé N. (sous la direction de), Basson J.-C, Honta M, Julhe S, Merlaud F, Sallé L, Terral P. *Sociologie d'une politique préventive de santé publique. Le Programme national nutrition santé à l'épreuve de la territorialisation en Aquitaine, Midi-Pyrénées et Nord-Pas de Calais, Rapport pour le compte de l'Institut de recherche en santé publique.* Toulouse, Laboratoire SOI, Université Paul Sabatier; 2012.
- [31] Thoenig J-C. De l'incertitude en gestion territoriale. *Politiques et management public* 1994;13(3):1-27.
- [32] Pierru F. La cohérence des politiques. In Lang T, Ulrich V. *Les inégalités sociales de santé. Actes du séminaire de recherche de la Drees 2015-2016,* 2017;276-81.
- [33] Monnereau L. Les collectivités dans l'action publique de la santé. Recomposition des champs d'intervention et construction de la légitimité. In T. Alam, M. Gurruchaga (sous la direction de). *Collectivités territoriales et santé. Regards croisés sur les frontières de la santé,* Paris: L'Harmattan; 2015.
- [34] Salaméro E, Haschar-Noé N. Variabilité des formes de gouvernance d'un contrat local de santé : ajustement en situation et légitimation négociée, *Terrains & Travaux* 2017;30(1):163-84.
- [35] Bergeron H, Castel P, Dubuisson-Quellier S. « Gouverner par les labels ». Une comparaison des politiques de l'obésité et de la consommation durable. *Gouvernement et Action Publique* 2014;3(3):7-31.

[36] Honta M, Illivi F. L'accès de tous à la pratique sportive : l'État local en action. Revue Française d'Administration Publique 2017;164(4):871-84.

[37] Rican S, Vaillant Z. Territoires et santé : enjeux sanitaires de la territorialisation et enjeux territoriaux des politiques de santé. Sciences Sociales et Santé 2009;7(1):33-42.