



HAL
open science

Les reconfigurations du travail des agents des ARS : extension de juridiction et perte de pouvoir professionnel.

Samuel Julhe, Marina Honta, Nadine Haschar-Noé, Émilie Salaméro,
Jean-Charles Basson, Loïc Sallé

► To cite this version:

Samuel Julhe, Marina Honta, Nadine Haschar-Noé, Émilie Salaméro, Jean-Charles Basson, et al..
Les reconfigurations du travail des agents des ARS : extension de juridiction et perte de pouvoir
professionnel.. Nouvelle Revue du travail, 2021, Travailler dans l'agriculture, 18, pp.[en ligne].
10.4000/nrt.8694 . halshs-03225572

HAL Id: halshs-03225572

<https://shs.hal.science/halshs-03225572v1>

Submitted on 25 May 2022

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 - NoDerivatives 4.0
International License

Les reconfigurations du travail des agents des ARS. Extension de juridiction et perte de pouvoir professionnel.

Regional health agency work reconfigurations as witnessed in the territorial deployment of local health contracts (2009-2016): extended jurisdictions and the loss of professional power

Las reconfiguraciones del trabajo de los agentes de las ARS. Extensión de jurisdicción y pérdida de poder profesional

Samuel Julhe, Marina Honta, Nadine Haschar-Noé, Émilie Salaméro, Jean-Charles Basson et Loïc Sallé

- 1 Les diverses réformes de l'action publique et de l'administration territoriale ont, ces dernières années, fortement modifié les modes d'organisation du travail au sein des services déconcentrés de l'État. En effet, « réformer » ou « réorganiser » l'appareil administratif touche également à l'équilibre des éléments qui donnent sens au travail de celles et ceux qui servent l'État (Barrier *et al.*, 2015 ; Bezès, Le Lidec, 2016). Néanmoins, dans la mesure où chaque administration constitue un monde en soi, avec ses métiers, ses logiques professionnelles, son système de valeurs, son rapport à l'État, ses modalités de promotion et ses relations interpersonnelles, une analyse fine de données empiriques relatives à ces questions nécessite d'adopter un raisonnement sectoriel. De ce point de vue, l'étude du secteur de la santé est particulièrement pertinente en ce qu'il est marqué, depuis deux décennies, par une nette « affirmation du pouvoir de l'État » accompagnée de profonds remodelages institutionnels (Jabot, Demeulemeester, 2005 ; Bourdillon, Lombrail, 2009 ; Pierru, Rolland, 2015 ; 2016).
- 2 Dans ce contexte, il s'agit de saisir comment les recompositions de l'action publique territoriale pèsent sur l'activité des agents des agences régionales de santé (ARS), à l'image de ce qui été montré concernant les effets du *New Public Management* sur les

cadres de santé hospitaliers (Divay, Gadéa, 2015) ou sur les coordinateurs des ateliers santé ville (Honta, 2018). En effet, la création des ARS au printemps 2010 visait à construire une organisation « qualifiante » pour les personnels afin de lutter contre une « perte de sens » et offrir « aux agents un environnement professionnel qui les aide à affirmer et enrichir leurs compétences dans l'action quotidienne, tout en permettant des parcours diversifiés de promotion professionnelle » (Mesnil du Buisson, Jeandet-Mengual, 2004, p. 78). Plus spécifiquement, la négociation et la (co)construction des contrats locaux de santé (CLS) sont mobilisées ici en tant qu'analyseurs spécifiques des transformations du travail au sein des ARS (cf. encadré 1).

- 3 Instaurés par la loi du 21 juillet 2009¹, ces instruments contractuels d'action publique (Lascoumes, Le Galès, 2004) sont conçus pour favoriser la mise en œuvre des projets régionaux de santé (PRS) par les ARS en partenariat avec les collectivités territoriales, d'autres services de l'État, des associations, etc., à partir des actions menées par les opérateurs qu'ils soutiennent et pilotent². À ce titre, les CLS sont emblématiques des politiques processuelles et constitutives qui laissent aux acteurs le soin de se coordonner pour atteindre des buts discutés et définis collectivement (Duran, Thoenig, 1996). De fait, ces contrats nécessitent un engagement fort des agents des ARS, plus particulièrement de leurs conseillers techniques et délégués territoriaux, qui, davantage qu'une fonction hiérarchique de « cadres intermédiaires » (Barrier *et al.*, 2015), assurent un rôle de « médiation » entre les acteurs d'un réseau qu'il convient tout d'abord de constituer, voire d'enrôler, puis de stabiliser (Nay, Smith, 2002 ; Honta *et al.*, 2018).
- 4 Il ne s'agit donc pas ici d'aborder les orientations stratégiques et les modalités de direction des sièges régionaux des ARS (Rolland, Pierru, 2013 ; Pierru, Rolland, 2015 ; 2016), ni de revenir sur les relations de service entre agents et destinataires de l'action publique (Warin, 2016). En abordant l'action publique comme une construction collective entre acteurs publics et privés situés à différentes échelles d'intervention (Jabot, Demeulemeester, 2005), l'analyse proposée est attentive aux actions et à l'engagement dans l'activité de ceux qui occupent les fonctions d'« intermédiaires des politiques publiques » (Hassenteufel, 2008, p. 213) et élaborent l'ingénierie des dispositifs conduits par les ARS en direction de leurs partenaires (Pierru, Rolland, 2015). Pour y parvenir, nous mobilisons les outils conceptuels développés par A. Abbott (1988 ; 2005), qui permettent une circulation analytique entre institutions, activité professionnelle et individus. Dans ce cadre, les CLS et les acteurs qui participent à leur formulation sont définis comme des *charnières* (*hinges*) entre les *écologies professionnelles* (*professional ecologies*) – services de l'État, collectivités, établissements publics, associations et opérateurs privés, etc. – qui interagissent dans le domaine de la santé pris au sens large. La redéfinition des *juridictions* (*jurisdictions*) attribuées aux ARS, c'est-à-dire le lien établi entre l'institution et une aire de tâches spécifiques, tend alors, par extension, à redéfinir le *mandat*, le degré de *légitimité* et le *pouvoir professionnel* dont ses agents peuvent se prévaloir face à la diversité de leurs *auditoires* (*audiencies*) : agents d'autres services de l'État, élus locaux, agents de la fonction publique territoriale, médecins libéraux, acteurs associatifs, etc.
- 5 Ainsi, notre propos traite le processus de réorganisation de l'État territorial et la manière dont le redécoupage des *juridictions* s'est déroulé au prix d'une perte de *pouvoirs professionnels* des agents de l'échelon départemental (1) et analyse les

modifications du travail engendrées par les modalités d'organisation des instruments contractuels que sont les CLS (2).

Encadré : méthodologie

Cet article s'inscrit dans le cadre de trois recherches collectives, réalisées entre 2009 et 2016, financées respectivement par l'Institut de recherche en santé publique, le Conseil régional d'Aquitaine et l'Agence nationale de la recherche. À partir d'une comparaison entre trois régions (Occitanie, Nouvelle-Aquitaine et Hauts-de-France), leur objectif commun était de saisir les modalités locales de fabrication et d'appropriation locale des instruments contractuels de l'action publique sanitaire. Il s'agissait d'identifier comment les acteurs produisent une action collective à partir d'un investissement différencié des espaces de concertation et par la mobilisation d'arguments opératoires. Pour cet article, nous en avons extrait les éléments se rapportant aux modalités de travail des agents des ARS et de leurs délégations départementales (DD). Les données mobilisées sont de trois ordres :

- des documents de travail produits, sur toute la période d'enquête, par les instances régionales et locales sur leur politique de santé et notamment les CLS signés (diagnostic sanitaire du territoire, comptes rendus de réunions, versions successives des documents contractuels, etc.) ;
- des éléments d'observation recueillis entre 2010 et 2013 lors de réunions de divers groupes de travail et comités (de pilotage, technique et de rédaction) présidant à la constitution de onze CLS répartis sur les trois régions. Les prises de notes ont porté sur leur déroulement, les thèmes abordés, les méthodes de travail employées, les débats et les interactions entre acteurs présents ;
- des entretiens (n =47) menés entre 2009 et 2016 auprès d'agents des DRASS, DDASS, URCAM, GRSP, puis d'ARS et de DD dans le cadre de la mise en œuvre de dispositifs de santé publique, et plus particulièrement lors de l'élaboration de CLS. Ces entretiens ont porté sur l'avant-CLS et sa genèse, les raisons du choix du territoire et ses « spécificités », le travail des instances de pilotage, ainsi que les apports et limites d'un CLS.

1. Les effets contrastés de la réorganisation territoriale

1.1. Une redéfinition des *juridictions* défendue par les agents

- 6 Depuis près de trois décennies, l'État a entamé une réévaluation du rôle de la puissance publique et de son périmètre d'action (Dreyfus, 2010). La création des ARS³ marque ainsi la volonté politique de donner au système de santé un « pilotage régional et unifié » (Bourdillon, Lombraïl, 2009), en combinant en une même entité les fonctions anciennement dévolues à sept institutions : DRASS, DDASS, GRSP, ARH, DRSM, CRAM et URCAM⁴. Les agents en charge de la santé publique interrogés avant la mise en place des ARS formulaient de nombreux espoirs quant à la « mise en cohérence » des actions

jusqu'à-là réparties entre diverses structures. Outre l'idée d'une « simplification » organisationnelle, les entretiens donnent à entendre le souhait d'une vision panoptique du secteur de la santé, ses différents domaines (hospitalier, ambulatoire, médico-social, soin, prévention, etc.) étant appelés à être « décloisonnés » et « mieux articulés », afin de « regrouper l'ensemble des acteurs », « couvrir tous les aspects » et finalement « toucher tout le monde ». Justifiée par une volonté d'améliorer la qualité et l'efficacité des services rendus à la population (Bourdillon, Lombail, 2009), la création des ARS s'est donc traduite par une extension de la *juridiction de compétence* de la nouvelle structure, c'est-à-dire des lieux et des *auditoires* sur lesquels elle peut légitimement intervenir, son périmètre d'action s'étant étendu de la prévention aux soins. Cependant, les efforts de (re)structuration et de (ré)organisation entrepris en 2010 ont contribué à ralentir d'autant le déploiement de nouveaux programmes et dispositifs, notamment les CLS dont les prémisses coïncident avec la mise en place des ARS.

C'est une bonne chose la création des ARS. Par contre, c'est vrai que l'on avait quand même très peu d'informations sur la manière dont cela allait se mettre en place, même quasiment aucune information. C'était un peu inquiétant. [...] Les premières années de fonctionnement, elles ont été, pour 2010, essentiellement consacrées à l'organisation. Parce qu'il ne faut quand même pas rêver, même si les ARS ont été créées au 1^{er} avril 2010, elles étaient créées sur le papier. Il a fallu faire un certain nombre de travaux, y compris internes, pour que tout ça se structure. [...] Il y a des luttes de pouvoir entre l'État et l'assurance-maladie, de vieilles histoires qui traînent depuis des décennies. Ce n'est pas réglé. Donc à chaque réforme ça se rejoue, là ça se rejoue encore. [Marc - Chargé de mission santé publique - ARS - 2012]

- 7 Au-delà de « l'inquiétude » exprimée, les agents relèvent que leur prise de responsabilité sur les CLS, coïncidant avec la mise en place des ARS, est symptomatique d'une (re)division interne du travail dont ils font les frais, certain·es se décrivant parfois comme des « pièces rapportées » sur ce dossier. Par exemple, Laurence, travaillant en DD au moment de son entretien, est recrutée en 2006 en DDASS comme infirmière de santé publique sur « des missions de veille et de sécurité sanitaires ». Suite à la réorganisation de l'ARS, elle est nommée « responsable de l'unité auprès du service santé de la population qui a en charge tout ce qui est prévention-promotion de la santé, addiction-éducation thérapeutique et nutrition », tout en ayant toujours une « casquette de veille sanitaire et une troisième casquette d'inspection-contrôle ». En plus de ces missions, avec lesquelles « il faut jongler », elle est également chargée – sans en avoir fait la demande – de la négociation des CLS pour son département, compte tenu du réseau local qu'elle a tissé. De même, Maryse, travaillant au siège d'une ARS, se voit confier le dossier des CLS « presque par hasard », tout en ayant un parcours différent. Diplômée en 2006 d'un master en santé publique, elle est d'abord embauchée par un GRSP, avant de devenir « chargée de mission en prévention et promotion de la santé » au sein de la nouvelle ARS. Elle entend tout d'abord parler des CLS auprès de collègues du service sanitaire et médico-social, « puis un jour, on est venu me chercher [au siège ARS] pour que je dirige ce projet. C'est parti sans avoir une idée précise de ce qu'est un contrat local de santé ». Aspirant à une ascension professionnelle interne, elle voit alors dans cette responsabilité une opportunité de « se faire voir » de ses pairs.
- 8 Au-delà des contingences qui obligent les agents à « apprendre chemin faisant », le processus de réorganisation des ARS se réalise de manière asymétrique, les délégations départementales sortant affaiblies des redécoupages de *juridiction* et de l'allocation des ressources humaines lors de l'intégration des services au sein des ARS (Pierru, Rolland,

2016). Marqué par la révision générale des politiques publiques (RGPP), l'un des enjeux de la réforme est de « réunir au siège le plus de missions possibles de manière à “optimiser” les moyens » (Rolland, Pierru, 2013, p. 416), à l'image de ce qui a été observé dans d'autres secteurs de l'action publique (Poupeau, 2013 ; Honta, Julhe, 2016). De même, cette fusion nécessite « *d'informer* » les partenaires respectifs des institutions antérieures. Les agents doivent ainsi expliciter auprès de leurs *auditoires* (eg. médecins, agents territoriaux, opérateurs associatifs, etc.) le périmètre de la nouvelle *juridiction* de l'ARS. À titre d'exemple, lorsqu'il est demandé aux participants d'une réunion de travail préparatoire à un CLS de s'accorder sur les principaux problèmes de santé qu'ils identifient sur le territoire et auxquels serait susceptible de répondre l'ARS, les agents de l'une des DD « rurales » enquêtées passent un temps important à reformuler les propositions initiales : faible accessibilité aux soins pour les personnes les plus vulnérables, faible coordination et déficit de professionnels de santé spécialisés, manque d'articulation entre services de santé et services sociaux, etc. Il s'agit ainsi de les « *cadrer* » au sein des pôles dont s'est dotée leur ARS, jusqu'à ventiler le diagnostic initial entre ce qui relève de « *l'offre de structures* » et des « *attentes des usagers* ». Autrement dit, dans un premier temps et au-delà des textes réglementaires, les agents des ARS ont à préciser « *ce que peut faire ou ne peut pas faire l'ARS* », notamment dans le cadre d'un CLS. Nonobstant ce premier niveau informatif, le processus de fusion et de redéfinition des *juridictions* a des répercussions sur les modalités d'organisation du travail, tant dans les relations horizontales entretenues avec les autres services de l'État que verticales entre échelons territoriaux.

1.2. Une asymétrie de *pouvoir professionnel* entre échelons régional et départemental

- 9 Selon la nouvelle organisation territoriale, la région devient l'échelon de droit commun de l'action territorialisée de l'État chargé du pilotage et de son adaptation aux territoires alors que cette position était traditionnellement celle du département, à qui revient la charge de la mise en œuvre. Ainsi, aussi bien au niveau régional que départemental, la nouvelle direction des ARS modifie les routines de travail antérieures et façonne la constitution de réseaux internes et externes (Poupeau, 2013).

Il y a des régions qui ont démarré plus vite que nous pour les CLS. Je pense que ce qui était compliqué ici c'était peut-être un pilotage global insatisfaisant sur cette thématique puisque le pilotage a été flottant dans un premier temps, avant l'arrivée de notre nouveau directeur. [...] Quand il est arrivé, en septembre 2011, il a souhaité qu'on mette une priorité plus grande sur la conclusion de contrats [CLS]. Tout de suite, il a dit : “Ça ne va pas du tout, donc il va falloir faire un certain nombre de choses et être plus offensif”. À partir de ce moment-là, effectivement, il nous a demandé de produire des éléments de cadrage régional. On avait déjà travaillé et il a décidé de changer le pilotage régional des CLS et de le confier plutôt à la Direction de la santé publique qu'à la Direction de la stratégie. [Fabienne – Inspectrice de la santé publique – ARS – 2011]

- 10 Si les entretiens témoignent de la difficulté à faire circuler l'information sur les situations de travail au regard de la vitesse des changements, laissant les agents « *désarmés face aux questions de collègues* », le *verbatim* ci-dessus montre comment les procédures antérieures de travail peuvent être balayées lors de l'arrivée d'une nouvelle direction. Sans pour autant surestimer le pouvoir d'une seule personne, cet affaiblissement du *pouvoir professionnel* des agents est exacerbé au niveau

départemental, les DD étant désormais placées sous l'autorité hiérarchique des sièges régionaux (Rolland, Pierru, 2013), subordination d'autant plus difficilement vécue que les agents n'ont pas nécessairement les mêmes parcours, ni les mêmes perspectives de mobilité.

Aujourd'hui, il y a un lien hiérarchique qu'il n'y avait pas entre le directeur régional et les délégations territoriales et il y a encore, de ce fait, je pense, des tensions de l'ordre de jeux de pouvoir. Je pense que c'est une difficulté qu'ils peuvent avoir au niveau des délégations territoriales. Le fait de devoir changer un peu de pratiques, de changer leurs cultures professionnelles, de s'ouvrir aux autres champs, d'avoir une vision plus globale, plus transversale, de maîtriser la conduite de projet, ce que tous ne maîtrisent pas car ce n'était pas dans leur logique de travail. Et puis ce qui est compliqué, c'est qu'il y a eu la volonté de définir un cadrage régional concernant les contrats locaux de santé, qu'il y ait une certaine homogénéité sur les différents CLS de la région. Or, c'est particulièrement complexe parce qu'avant les DDASS étaient autonomes vis-à-vis de la DRASS. Là, même si on a maintenu des délégations territoriales et qu'elles ont une certaine autonomie, elle n'est pas complète. [Maryse – Chargée de mission en prévention et promotion de la santé – ARS – 2012]

- 11 En conséquence, de la même manière que les agents sont amenés à informer leurs *auditoires* du nouveau périmètre de *juridiction* des ARS, ils doivent dans un premier temps expliciter les modalités d'organisation des CLS, sans pour autant « *avoir toutes les cartes en mains* », la méthodologie de projet n'étant pas encore stabilisée ou nécessitant des informations qui n'ont pas filtré depuis le siège régional. Ainsi, interrogée par les acteurs locaux au sujet des porteurs, du financement et du mode de gouvernance des CLS lors d'une réunion préliminaire observée début 2011, l'une des animatrices d'une DD « urbaine » avoue qu'elle « *ne sait pas grand-chose de cela* », tandis qu'une autre précise se trouver dans un « *manque de visibilité, un mode de gouvernance imposé par le haut, dans le flou le plus total et sans avoir les informations* ». De fait, les agents sont pris entre des injonctions contradictoires : respecter les orientations prises par le siège de l'ARS, sans qu'elles soient toujours explicites, et composer avec les porteurs de projets locaux (eg. techniciens territoriaux, élus associatifs, etc.), parfois connus et partenaires de longue date. Sur ce plan, il faut attendre avril 2011 pour qu'un « *kit méthodologique* » destiné aux ARS tente d'homogénéiser et de fixer un cadre national de référence au pilotage des projets de CLS (Haschar-Noé, Salaméro, 2016).
- 12 Les effets de la relation dissymétrique entre le siège de l'ARS et les DD ressortent clairement : perte d'autonomie, nouvelle subordination et, surtout, référence à cette « *vision globale* », « *complète* » ou « *transversale* » qui ferait défaut à l'échelon départemental. *De facto*, les agents sont contraints d'agir sans véritablement savoir « *ce que ça va donner* », autrement dit sans pleinement saisir le sens de leur travail. Pour autant, les agents des DD sont régulièrement présentés dans les entretiens réalisés auprès d'acteurs du niveau régional comme le fer de lance permettant d'approcher et de mobiliser les futurs partenaires et signataires d'un nouveau CLS, selon une relation de type « principal-agent » (Poupeau, 2013, p. 267). C'est notamment le cas lorsqu'il s'agit de « *démarcher* » des collectivités situées en « *zone rurale* » et considérées initialement comme des « *secteurs tests* », le siège de l'ARS visant davantage une contractualisation avec les métropoles (cf. infra).

Dans l'organisation de l'ARS, je me demande quelle est la place des DD. Maintenant on est sur des positions de régionalisation. À ce moment-là, nous on est les VRP de la politique de l'ARS sur le territoire. Qu'on nous donne tous les outils, toutes les informations et qu'effectivement on nous donne les moyens aussi, en termes de

déplacement...f Ça a un coût d'être sous-VRP. [Nicole – Attachée de direction – DD – 2014]

- 13 Se présenter comme « *sous-VRP de la politique de l'ARS* » est particulièrement symptomatique du changement de *mandat* vécu par les agents des DD. Si les uns, au niveau régional, décrivent la situation sous l'angle d'un déficit de « *compétence* » pouvant amener à des « *animations terribles* » pour certains CLS par les DD où les agents donneraient « *tout ce qui est demandé parce qu'ils ont des élus face à eux* », les autres décrivent la perte de *pouvoir professionnel* à laquelle ils doivent faire face. La légitimité professionnelle tirée de leurs réseaux locaux et de leur connaissance du terrain n'est plus, dans le nouveau contexte, réellement mobilisable, faute d'un partage d'outils et d'informations dont disposerait le siège régional.
- 14 Compte tenu des modalités de la réforme, les agents des DD éprouvent donc des difficultés à s'emparer de certaines thématiques ou encore à respecter des délais jugés « *trop serrés* » prescrits par l'autorité régionale qui semble, du moins dans les premiers CLS et au prix de vives tensions, dans l'incapacité de négocier des compromis acceptables avec les élus et partenaires locaux. Ceci atteste que les agents de l'ARS ne partagent pas, ou plus, les mêmes conditions de travail en fonction de leur niveau d'action. Cela peut entraîner des incompréhensions entre échelons, voire des remontrances provenant du siège détenant désormais l'autorité hiérarchique sur ses délégations. En d'autres termes et au-delà de la question du volume des « *moyens* » disponibles, la perte d'autonomie professionnelle contribue à donner aux agents du niveau départemental le sentiment d'être floués, de perdre leurs repères professionnels et de subir une intensification du travail. Or, le tout est également susceptible de peser sur les modalités de conception et d'animation des CLS, comme le laisse entendre l'un des interviewés soulignant un « *déficit de capacité à animer des réseaux d'acteurs* », point interrogé spécifiquement dans la partie suivante.

2. Les effets paradoxaux de la modification des dispositifs contractuels

2.1. Modification des rythmes de travail : de « l'appel à projets » au « mode projet »

- 15 Outre les effets de la RéATE, couplés à ceux de la RGPP et de la MAP⁵, qui modifient l'organisation du travail des agents des ARS, les modalités de mise en œuvre de dispositifs contractuels, tels les CLS, contribuent à accentuer la transformation du faisceau de tâches de leur activité professionnelle. Celle-ci reste toutefois centrée sur un rôle de *charnière* et une action d'intermédiaire de l'action publique territorialisée (Nay, Smith, 2002), c'est-à-dire sur « leur capacité à faire du liant, mais aussi à maîtriser ce qui relève de chacune des sphères d'action qu'ils mettent en relation » (Jeannot, 2008, p. 137). L'action de santé publique passe en partie de la gestion d'appels à projets annuels destinés à des opérateurs locaux s'inscrivant dans les grands axes de la politique régionale de prévention, comme cela était le cas dans le cadre des GRSP, à une activité marquée par la négociation et la co-construction de contrats pluriannuels avec les collectivités territoriales et les opérateurs locaux. Or, ce changement d'orientation des tâches, qui introduit dans un service public « le mode projet » (Rolland, Pierru, 2013), ne va pas de soi et génère des effets paradoxaux sur la fabrication des CLS.

- 16 Les agents interrogés ayant connu le fonctionnement des GRSP relatent leur organisation, plus particulièrement les temporalités de travail et la *rythmicité* (Monchatre, Woehl, 2014) qu'induit l'administration des appels à projets relatifs à la prévention et au secteur médico-social :

Depuis quelques années, on n'a plus voulu être dans l'appel à projets tout-venant parce que c'est vrai que c'était extrêmement chronophage pour tout le monde : pour les acteurs, pour nous puisqu'on avait des volumes, un nombre de projets faramineux qui nous arrivait. Donc, avec toute la charge de travail que ça représentait, d'études, de demandes d'informations complémentaires, d'instructions, d'analyses, enfin c'était vraiment, ce n'était pas satisfaisant, ni pour les uns, ni pour personne. [Amandine – Chargée de mission promotion de la santé – ARS – 2010]

- 17 Cette réduction des campagnes annuelles d'appels à projets est généralement saluée, compte tenu de leur caractère « *chronophage* » et parfois « *fastidieux* ». Toutefois, la temporalité qu'implique l'engagement d'agents dans la concrétisation des CLS n'apparaît pas enviable pour autant, car elle contribue à déréguler la rythmicité du travail. En effet, par définition, la phase préparatoire des CLS n'est pas bornée temporellement : les délais de fabrication des contrats observés s'étalant de 15 à 60 mois, selon le périmètre retenu et le degré initial d'accords entre les parties prenantes. De plus, pour les agents, chaque nouveau projet de signature d'un CLS ne vient pas occuper le temps libéré par la clôture d'un précédent dossier. Il s'ajoute plutôt au suivi des contrats déjà signés dont il faut poursuivre l'animation. Si la procédure de signature demande aux agents le déploiement de beaucoup d'énergie mais aussi de « *s'exposer* », « *faire vivre* » un CLS est également une activité en soi, rarement pensée et prise en compte comme telle par leur direction dans les charges de travail :

La difficulté, c'est le mode de management du CLS. L'objectif de la directrice c'est de décliner les CLS sur le territoire, d'en faire deux de plus. Sauf que deux de plus, je n'abandonne pas les deux que je viens de signer. Parce qu'autrement, moi des CLS je vous en fais tous les jours. Sur le papier, c'est un devoir d'école. [Valentine – Infirmière de santé publique – DD – 2012]

- 18 Limitées dans leurs moyens humains, les ARS, et plus particulièrement leurs DD, rencontrent des difficultés à mener de front la gestion quotidienne des CLS existants et la signature de nouveaux contrats, le contingent des prétendants augmentant de lui-même par effet de notoriété du dispositif. Dans une certaine mesure, le CLS serait en quelque sorte « *victime de son succès* ».

Si on travaille à l'échelle d'une commune, ça veut dire... je ne sais pas combien il y a de communes dans la région, mais ça fait beaucoup de CLS... Le raisonnement de la directrice c'est de dire, à un moment donné, il faut qu'on arrive à dépasser l'échelon communal parce qu'on ne va pas s'en sortir [...]. À un moment, il va falloir "industrialiser" les CLS. [Éric – Chargé de mission – DD – 2014]

- 19 Dans ce cadre, et selon la volonté des directions, les agents sont parfois tentés d'« *industrialiser* » la procédure conduisant à la signature des CLS afin de pouvoir soutenir leur charge de travail. Or, l'esprit initial du dispositif étant de permettre le cas par cas et l'ajustement aux configurations locales, les agents des DD se trouvent face à un dilemme de taille, ce que ne manquent pas de relever leurs *auditoires*, à l'exemple d'opérateurs territoriaux :

Il y a quand même beaucoup de CLS qui sont des copier-coller de choses existantes, du moins des documents construits à partir d'autres documents. [...] Ça a le mérite, je pense pour l'ARS d'avoir répondu à son cahier des charges, point. [Noémie – Coordinatrice – Atelier Santé Ville – 2015]

- 20 Ce qui se joue ici réactive une situation classique, bien analysée par la sociologie administrative, consistant à renforcer les caractéristiques bureaucratiques d'une procédure pour, d'une certaine manière, se protéger et faire face à l'affluence d'usagers (Warin, 2016).

2.2. Se trouver « en première ligne des négociations » malgré un faible pouvoir professionnel

- 21 Auparavant, les négociations et les recherches d'accords menées par les agents étaient à leur avantage, dans le sens où les « recommandations » émises en direction de leurs *auditoires* (ie. des associations en recherche de subventions) pouvaient s'accompagner de « certaines conditions », voire conduire à des « refus » :

Avec l'appel à projets annuel, on peut monter en qualité en donnant des recommandations et en refusant de financer ou en diminuant, en émettant certaines conditions. Notre axe pour améliorer la qualité, c'est également de proposer des cahiers des charges. C'est ce qui va être fait pour les centres sociaux, on a déjà certains axes, on leur a recommandé de travailler comme ça mais il y a aussi la possibilité de dire : "ça sera comme ça". [Élodie - Attachée de direction - DRASS - 2009]

- 22 La configuration change profondément dans le cadre des CLS, leur élaboration mettant le siège de l'ARS et ses agents plus directement en contact avec la commune ou l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) future signataire, devenu par là-même l'intermédiaire, voire le coordonnateur d'un ensemble d'actions auparavant dispersées. Si les entretiens laissent entendre le caractère appréciable du temps libéré par la réduction des phases d'instruction administrative des dossiers, ce gain semble avoir été largement entamé par l'accroissement de ce que les agents nomment le « travail de pédagogie », renvoyant également à des tâches de « sensibilisation » et de « suivi » liées aux projets de CLS, autrement dit par une inflation de l'activité de coordination. Comme au sujet des ateliers santé ville (Honta, 2018), les dispositifs de type contractuel tendent à donner davantage de place à la persuasion et à l'enrôlement au sein d'un réseau d'acteurs, à la production d'une *écologie professionnelle* spécifique et adaptée à l'ensemble des problèmes posés par l'intervention. De fait, les conditions de la négociation changent du tout au tout par rapport à un dispositif de type appel à projets, comme le montrent les échanges entendus lors de l'élaboration d'un des premiers CLS d'un département majoritairement rural. Faute d'une méthodologie rodée, les agents de la DD s'y trouvent en difficulté et ont eu le sentiment « d'essuyer les plâtres » face à des collectivités territoriales « offensives » en contexte de décentralisation, et plus particulièrement le conseil départemental dont les élus et techniciens exigent que leurs revendications soient prises en compte. L'échange suivant l'illustre :

- Si dans ce paragraphe [du CLS] on met le PRS de l'ARS, alors il faut mettre aussi le schéma directeur du conseil général [chef de service au CG]
- Ok, on va mettre les orientations du conseil général santé-social... donc à rajouter. Et puis, il faut enlever unité de soins longue durée, il n'y en n'a pas dans le département [agent DD]
- Oui mais nous, conseil général, ça nous intéresse de montrer qu'il n'y en n'a pas justement [directeur des affaires sociales du CG]

- 23 En substance, le diagnostic territorial initial étant jugé incomplet par les acteurs locaux, ils remettent rapidement en cause les « axes stratégiques » du CLS choisis au

préalable par les agents de la DD. De même, ce qui est apparu pour l'un des chefs de service du CG comme une trop grande « emprise régionale sur le choix des objectifs stratégiques » et surtout « la non prise en compte des spécificités du département en termes d'inégalités territoriales... et des schémas sanitaires votés par le département » conduisent les élus départementaux à adopter diverses stratégies de résistances face à la DD, allant de la contestation frontale à la mise en balance d'une signature conditionnée à certains de leurs desideratas.

- 24 Dans cette perspective, les agents doivent composer davantage qu'auparavant avec les configurations politiques du territoire dans lequel ils interviennent – à l'image de ce qui a été observé dans le cadre d'autres dispositifs de type contractuel, telles les chartes « Villes actives du PNNS » (Haschar-Noé *et al.*, 2015) –, saisir les alliances existantes et montrer la légitimité du dispositif qu'ils proposent, autant d'opérations au temps long.

Le choix de territoire est fait par nous, mais en accord quand même avec les politiques locales. On ne peut pas faire un contrat local de santé si les collectivités territoriales ne sont pas OK dans la démarche. C'est même pas la peine, il faut changer de coin, on va voir ailleurs. [Tristan – Chargé de mission santé publique – DD – 2014]

- 25 Contrairement à ce qui peut avoir cours dans le cadre d'appels à projets, les dispositifs contractuels comme les CLS ne permettent pas directement aux ARS, et par extension à leurs agents *charnières*, d'imposer leurs vues et de faire appel à « l'autorité de l'État », ceci malgré l'extension de leur *juridiction*. En premier lieu, il s'agit, selon leurs termes, de « prendre le bâton de pèlerin », d'être « en accord » avec les élus locaux ou de « changer de coin », ce qui revient à indiquer que l'équilibre des rapports de force a changé. De plus, la signature d'un CLS n'étant pas assortie directement de contributions financières, les élus locaux sont régulièrement tentés de faire valoir d'autres engagements que serait susceptible de prendre une ARS, notamment en matière de construction d'équipements de santé, de maintien d'un service hospitalier, *etc.*, demandes avec lesquelles les agents tentent de composer.

Si on a un élu qui dit : “Moi, je veux une maison de santé”, on retourne une fiche maison de santé. Mais on dit aussi : “Vous n'êtes pas sur un territoire prioritaire, pas du premier recours, *etc.*” Donc, on ne va pas mettre création de maison de santé. On va mettre : “réflexion sur les possibilités, étude de faisabilité pour la mise en œuvre de...” On ne va pas leur interdire. Maintenant, on va leur dire : “Vous, actionnaires, vous invitez l'ensemble des professionnels de santé, vous faites ce que vous voulez. S'ils sont d'accord, pas d'accord, on peut vous aider, vous accompagner”. On va jouer sur la formulation. [...] La philosophie de ce contrat local de santé, c'est vraiment le point de rencontre des politiques de l'ARS et de ce que veut faire la collectivité. [Olivier – Délégué territorial éducation pour la santé – DD – 2013]

- 26 Les agents ne pouvant offrir davantage qu'une « attention bienveillante de l'ARS » et n'ayant qu'un faible pouvoir de négociation pour parvenir à un compromis au regard des demandes des acteurs des collectivités et des élus locaux, ces derniers peuvent également être tentés de déplacer le lieu des échanges. Dans certains cas, les agents se voient, pour ainsi dire, « doublés » par leur direction dans le processus d'élaboration et de discussion du CLS, face à des élus souhaitant mener tout ou partie de la négociation avec des personnes revêtues d'une autorité et d'une légitimité comparables aux leurs.

Les choses se sont très mal engagées. Ils [les élus locaux] avaient une idée particulièrement précise de ce qu'ils voulaient faire, non pas en matière de démarche, mais plutôt en matière de territoire. C'est-à-dire qu'ils voulaient parler que d'un seul territoire qui était celui du quartier X. Alors même que nous on leur

présentait un travail assez large, ils ont conclu des démarches à l'échelle municipale et puis sur trois territoires d'ASV distincts qui allaient bien au-delà du quartier en question. La négociation s'est déroulée à un niveau politique puisqu'au départ on avait cette réflexion. Je n'ai pas assisté à cette réunion. C'était une réunion au sommet : le maire et le DG de l'ARS, et il en est ressorti que le contrat local de santé porterait sur ce quartier et sur le centre-ville. [Victor - Chargé de mission en promotion de la santé - DD - 2015]

- 27 À titre de seconde illustration, la négociation d'un CLS visant l'une des principales métropoles françaises a « échappé » aux agents en charge du dossier. Alors que le service de la santé de l'EPCI est à l'initiative de la démarche, qualifiée de « *magnifique opportunité* » pour l'ARS, les échanges se déplacent, en quelques semaines, d'un dialogue « *entre techniciens* » vers une rencontre entre le directeur général de l'ARS et le président de l'EPCI, figure politique majeure au niveau national. Si les agents rappellent que « *la volonté politique, c'est important* », ils se trouvent ainsi dépossédés de tout pouvoir de négociation et renvoyés à un rôle d'enregistrement du dossier. Laconiques et désabusés, les agents constatent qu'il « *n'y a plus rien à discuter avec nos partenaires puisqu'on nous dit d'en haut : "voilà c'est ça !"* ». En somme, ces intermédiaires de l'action publique territorialisée semblent disposer d'une capacité très relative à mener efficacement la tâche qui leur incombe. Face à des enjeux structurels importants et faute de moyens de coercition, ils sont susceptibles de se trouver évincés, au moins pour un temps, du travail qu'ils ont entamé et de voir se dérouler des « *réunions au sommet* » auxquelles ils ne sont pas conviés. Ils peuvent alors les interpréter comme des arrangements correspondant à un ordre et une gouvernance localement négociés (Salaméro, Haschar-Noé, 2017) davantage qu'à la satisfaction de principes communs. Ceci traduit, une fois encore, la modification de leur *mandat* et la diminution de leur *pouvoir professionnel* sur leur territoire d'intervention.

28 ***

- 29 L'analyse des situations de travail des agents des ARS, observées à l'aune des conditions d'élaboration des CLS, atteste que les modalités d'engagement au travail de celles et ceux qui en font l'ingénierie de projet et jouent le rôle d'intermédiaires de l'action publique territorialisée (Nay, Smith, 2002 ; Hassenteufel, 2008) ne peuvent faire l'économie d'une attention portée aux reconfigurations de l'État territorial et à leurs effets. Est ainsi donnée à voir une imbrication entre différents niveaux de coordination qui opèrent comme autant de *charnières* entre *écologies professionnelles* (Abbott, 2005) : d'une part, la relation qui se joue entre les échelons régionaux et départementaux de l'ARS ; d'autre part, les négociations se nouant entre les agents et leurs *auditoires*, notamment les élus locaux. Or, ce que l'ARS gagne en *juridictions* sur d'autres domaines, eu égard au regroupement d'instances auparavant dispersées, ses agents le perdent en partie en *mandat* et en *pouvoir professionnel* sur leur travail et ses déterminants (Abbott, 1988). Plus fréquemment que lorsqu'ils administraient l'action d'opérateurs *via* une procédure d'appel à projets, ils sont désormais renvoyés à une certaine « *petitesse* » dans le processus de négociation des CLS, notamment au sein des délégations départementales. En effet, compte tenu des asymétries d'information avec le niveau régional, de leur faible pouvoir de négociation face aux élus et de l'insuffisance des moyens financiers et humains alloués aux CLS, la situation conduit certains à se percevoir et à se présenter comme les « *sous-VRP* » de l'ARS. Dans un contexte où l'usage d'un instrument contractuel implique une (re)politisation des décisions stratégiques sur les dispositifs d'action publique de santé pour les acteurs locaux, tout l'enjeu est de

saisir dans quelles conditions les ARS et leurs agents, parviennent à orienter plus ou moins fortement les négociations et les accords nécessaires à l'élaboration de ce type de dispositif contractuel et à préserver leur capacité d'action territoriale en santé publique.

BIBLIOGRAPHIE

- ABBOTT Andrew (1988), *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, University of Chicago Press.
- ABBOTT Andrew (2005), "Linked Ecologies: States and Universities as Environments for Professions", *Sociological Theory*, n° 23, 245-274.
- BARRIER Julien, PILLION Jean-Marie et Olivier QUÉRÉ (2015), « Les cadres intermédiaires de la fonction publique. Travail administratif et recompositions managériales de l'État. », *Gouvernement et action publique*, n° 4, 9-32.
- BEZÈS Philippe et Patrick LE LIDEC (2016), « Politiques de l'organisation. Les nouvelles divisions du travail étatique », *Revue française de science politique*, vol. 66-3, 407-433.
- BOURDILLON François et Pierre LOMBRIL (2009), « Les ARS : une opportunité unique pour développer la prévention et la promotion de la santé », *Santé Publique*, vol. 21-5, 441-442.
- DIVAY Sophie et Charles GADÉA (2015), « Aggiornamento managérial des établissements publics et dynamiques professionnelles. Éléments d'analyse à partir de l'évolution des cadres de santé », *Gouvernement et action publique*, n° 4, 81-99.
- DREYFUS Françoise (2010), « La révision générale des politiques publiques, une conception néolibérale du rôle de l'État ? », *Revue française d'administration publique*, n° 136, 857-864.
- DURAN Patrice et Jean-Claude THOENIG (1996), « L'État et la gestion publique territoriale », *Revue française de science politique*, vol. 46-4, 580-663.
- HASCHAR-NOÉ Nadine et Émilie SALAMÉRO (2016), « La fabrication d'un contrat local de santé » expérimental : négociations et compromis sous tensions », *Sciences sociales et santé*, vol. 34-2, 81-105.
- HASCHAR-NOÉ Nadine, TERRAL Philippe, BASSON Jean-Charles et samuel JULHE (2015), « La prévention sanitaire au local. L'appropriation par les communes et les intercommunalités du Programme national nutrition santé en Midi-Pyrénées », dans ALAM Thomas et Marion GURRUCHAGA (dir.), *Collectivités, territoires et santé. Regards croisés sur les frontières de la santé*, Paris, L'Harmattan, 337-355.
- HASSENTEUFEL Patrick (2008), *Sociologie politique : l'action publique*, Paris, A. Colin.
- HONTA Marina (2018), « Les épreuves du mandat de coordonnateur des ateliers santé ville. Mutations de l'action publique et stratégies de résistance », *Sciences sociales et santé*, vol. 35-1, 71-96.

- HONTA Marina, HASCHAR-NOÉ Nadine et Émilie SALAMÉRO (2018), « L'État à l'épreuve de la régulation territoriale. La mise en négociation des contrats locaux de santé », *Négociations*, n° 29, 143-155.
- HONTA Marina et Samuel JULHE (2016), « Quand le mandat s'étiole. Des cadres du ministère chargé des sports saisis par l'affaiblissement et la mise en concurrence de leur activité professionnelle », *Sciences sociales et sport*, n° 9, 115-152.
- JABOT Françoise et René DEMEULEMEESTER (2005), « Les interactions entre les niveaux national, régional et infra régional dans les programmes de santé publique », *Santé Publique*, vol. 17-4, 597-606.
- JEANNOT Gilles (2008), « Les fonctionnaires travaillent-ils de plus en plus ? Un double inventaire des recherches sur l'activité des agents publics », *Revue française de science politique*, vol. 58-1, p. 123-140.
- LASCOUMES Pierre et Patrick LE GALÈS (dir.) (2004), *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po.
- MESNIL DU BUISSON Marie-Ange et Emmanuèle JEANDET-MENGUAL (2004), « L'organisation des services territoriaux de l'État dans le domaine sanitaire et social : une évolution nécessaire », *Revue française de affaires sociales*, n° 4, 61-83.
- MONCHATRE Sylvie et Bernard WOHL (dir.) (2014), *Temps de travail et travail du temps*, Paris, Publication de la Sorbonne.
- NAY Olivier et Andy SMITH (2002), « Les intermédiaires en politique : médiations et jeux d'institutions », dans NAY Olivier et Andy SMITH (dir.), *Le gouvernement du compromis. Courtiers et généralistes dans l'action politique*, Paris, Economica, 47-86.
- PIERRU Frédéric et Christine ROLLAND (2015), « La quadrature du cercle de la "territorialisation" des politiques de santé. La fusion de l'administration territoriale à l'épreuve de la concurrence des institutions et des rationalités de l'action publique », dans ALAM Thomas et Marion GURRUCHAGA (dir.) *Collectivités, territoires et santé. Regards croisés sur les frontières de la santé*, Paris, L'Harmattan, 45-73.
- PIERRU Frédéric et Christine ROLLAND (2016), « Bringing the health care state back in. Les embarras politiques d'une intégration par fusion : le cas des Agences Régionales de Santé », *Revue française de science politique*, vol. 66-3, 483-506.
- POUPEAU François-Mathieu (2013), « L'émergence d'un État régional pilote. La recomposition des jeux administratifs autour du ministère de l'Écologie et du Développement durable dans une région française », *Gouvernement et action publique*, n° 2, 249-277.
- ROLLAND Christine et Frédéric PIERRU (2013), « Les agences régionales de santé deux ans après : une autonomie de façade », *Santé Publique*, vol. 25-4, 411-419.
- SALAMÉRO Émilie et Nadine HASCHAR-NOÉ (2017), « Variabilité des formes de gouvernance d'un contrat local de santé : ajustement en situation et légitimation négociée », *Terrains & travaux*, n° 30, 163-184.
- WARIN Philippe (2016), « L'analyse du non-recours : au-delà du modèle de la relation de service », *Vie sociale*, n° 14, 49-64.

NOTES

1. Art. L. 1434-2 et L. 1434-17, Code de Santé Publique
 2. Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, 2012, *Contrats locaux de santé. Agir ensemble pour la santé des citoyens au cœur des territoires.*
 3. Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
 4. Directions régionales des affaires sanitaires et sociales ; Directions départementales des affaires sanitaires et sociales ; Groupements régionaux de santé publique ; Agences régionales de l'hospitalisation ; Directions régionales du Service médical ; Caisse régionale d'assurance maladie ; Unions régionales des caisses d'assurance maladie.
 5. Réforme de l'administration territoriale de l'État ; Révision générale des politiques publiques ; Modernisation de l'action publique.
-

RÉSUMÉS

Les contrats locaux de santé (CLS) sont définis comme des instruments d'action publique visant à favoriser la mise en œuvre des projets régionaux de santé par les agences régionales de santé (ARS) en concertation avec leurs partenaires. Déployés dans le contexte particulier des réformes de l'administration territoriale, ces instruments contractuels contribuent à modifier les modes d'organisation du travail au sein des services déconcentrés de l'État. S'appuyant sur les travaux d'A. Abbott, l'article analyse la façon dont les recompositions de l'État territorial pèsent sur l'activité des agents en charge de conduire la signature et l'animation des CLS. Fondée sur une enquête de terrain menée auprès d'agents de sièges et de délégations départementales d'ARS de trois régions, l'analyse met au jour que les modifications des modalités de travail (tâches, temporalité, pouvoir) se différencient selon le niveau d'action des agents et leurs auditoires.

Local health contracts are defined as public sector instruments promoting regional health agencies' implementation of regional health projects in consultation with their partners. Deployed in the particular context of the French central government's local reforms, these contractual mechanisms have significantly altered decentralised public services' work organisation. The present article leverages Abbott's studies to analyse how the restructuring of the French state's territorial entities affects the activities of officers responsible for signing and operationalising local health contracts. Rooted in a field survey of officers working out of three regional health agencies' central and local sites, the analysis reveals that changes in working arrangements (tasks, timing, power) differ depending on officers' intervention levels and target audiences.

Los Contratos Locales de Salud (CLS) se definen como instrumentos de acción pública que tienden a favorecer la implementación de proyectos regionales de salud por las Agencias Regionales de Salud (ARD) en concertación con sus socios. Desplegados en el contexto particular de las reformas de la administración territorial, estos instrumentos contractuales contribuyen a modificar los modos de organización del trabajo dentro de los servicios desconcentrados del Estado. Apoyándose en los trabajos de A. Abbott, el artículo analiza la forma en que las reestructuraciones del Estado territorial pesan en la actividad de los agentes encargados de

conducir la firma e implusar los CLS. Basado en una consulta in situ realizada con agentes de sedes y de delegaciones departamentales de las ARS de tres regiones, el análisis revela que las modificaciones de las modalidades de trabajo (tareas, temporalidad, poder) se diferencian según el nivel de acción de los agentes y sus audiencias.

INDEX

Palabras claves : Contratos locales de salud, reforma del Estado, agentes de la función pública

Keywords : Local health contracts, public sector reforms, civil servants

Mots-clés : Contrats locaux de santé, réforme de l'État, agents de la fonction publique

AUTEURS

SAMUEL JULHE

Université de Reims Champagne-Ardenne, CEREP

MARINA HONTA

Université de Bordeaux, Centre Émile Durkheim

NADINE HASCHAR-NOÉ

Université Toulouse III, CRESCO

ÉMILIE SALAMÉRO

Université Toulouse III, CRESCO

JEAN-CHARLES BASSON

Université Toulouse III, IFERISS FED

LOÏC SALLÉ

Université Lille 2, URePSSS