



HAL
open science

Le renouvellement de l'action publique en santé au regard de la concertation : le cas des contrats locaux de santé

Lucile Hervouet

► **To cite this version:**

Lucile Hervouet. Le renouvellement de l'action publique en santé au regard de la concertation : le cas des contrats locaux de santé. Journées d'études en sociologie : Pratiques coopératives et participatives en santé, Mar 2019, Nanterre, France. halshs-03406702

HAL Id: halshs-03406702

<https://shs.hal.science/halshs-03406702>

Submitted on 28 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.

LE RENOUVELLEMENT DE L'ACTION PUBLIQUE EN SANTE AU PRISME DE LA CONCERTATION : LE CAS DES CONTRATS LOCAUX DE SANTE.

A NEW FORM OF PUBLIC ACTION : THE CASE OF LOCAL HEALTH CONTRACTS

Lucile Hervouet

Résumé

Institués en 2009, les Contrats Locaux de Santé (CLS) sont des dispositifs innovants reposant sur la participation d'acteurs aux enjeux divers et l'absence de doctrine unique visant à uniformiser la mise en œuvre. Cet article interroge l'interdépendance entre les modalités de gouvernance de ces nouveaux dispositifs d'action publique et la mobilisation des acteurs de terrain. Pour cela il s'appuie sur l'étude de 19 CLS de première génération dans la région Grand Est aillant permis le recueil de données documentaires et discursives auprès des différentes parties prenantes (administratives, politiques, sanitaires et associatives). Les résultats montrent que le caractère innovant de cet outil réside moins dans ses objectifs en termes de santé publique que dans son organisation même. C'est pourtant dans leur capacité à démontrer un impact inédit sur les déterminants de santé que les CLS pourraient entériner la dynamique de participation initiée sur un plus long terme.

INTRODUCTION

Institués par la loi du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), les Contrats Locaux de Santé (CLS) sont présentés comme des dispositifs innovants, à la croisée d'enjeux transversaux des politiques de santé contemporaines :

- la territorialisation des politiques ; la coordination de l'action publique et le décloisonnement des services ; la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) ; la concertation des acteurs locaux et la participation des usagers dans le cadre de la démocratie sanitaire.
- Conclus entre les Agences Régionales de Santé (ARS) et les collectivités territoriales (article L1434-17 du code de la santé publique), les CLS reposent sur une démarche de concertation des acteurs locaux et d'articulation avec les mesures locales préexistantes (mises en place dans le cadre des Ateliers Santé Ville (ASV) notamment).
- L'objectif est d'aboutir à des contrats qui soient à la fois en adéquation avec les besoins du territoire et rapidement opérationnels.
- Les CLS correspondent ainsi à une réponse organisationnelle fondée sur une dynamique d'innovation de gouvernance au sein d'un écosystème de santé français souvent décrit comme particulièrement centralisé et cloisonné (Polton, 2017).

Cependant, les CLS ne constituent pas un changement radical à cette échelle dans la mesure où ils s'articulent notamment avec deux dynamiques à l'œuvre depuis plusieurs dizaines d'année en France :

- la contractualisation dans les systèmes de santé dans un contexte de raréfaction des budgets d'une part (Tabuteau, 2013)
- et la construction locale de la santé d'autre part (Fleuret, 2015).

La gouvernance territoriale a déjà été envisagée comme un vecteur de changement privilégié pour les politiques publiques y compris en santé, malgré la polyphonie qui entoure cette notion (Pasquier et al., 2007 ; Leloup et al., 2005).

En complément de travaux qui s'intéressent à la définition des nouveaux outils privilégiés par cette gouvernance territoriale de la santé ou à l'évaluation de leur mise en œuvre, nous proposons ici de nous demander dans quelle mesure et comment les différentes parties prenantes s'en saisissent et, dans un second temps ou en même temps, la remodelent.

Dans le cas des CLS, les premiers travaux ont décrit un instrument d'action publique de type conventionnel et incitatif s'inscrivant dans la continuité du processus de renouvellement des modes d'exercice du pouvoir par l'Etat via les ARS (Salaméro et Haschar-Noé 2017). Ils ont permis de rendre compte de l'hétérogénéité dans la mise en œuvre et de souligner le défi du maintien dans la durée de la dynamique initiée (Jabot, Laurent, 2018). Identifier les enjeux des parties prenantes et les modalités de leur coopération peut contribuer à la compréhension des facteurs de consolidation des innovations de gouvernance territoriale en santé - notamment en parvenant à impliquer davantage les professionnels de santé et les usagers - face à des jeux de pouvoirs dont les CLS ne s'affranchissent pas (Haschar-Noé et Salamero 2016).

En s'intéressant au cas des CLS signés entre 2012 et 2016 dans la région Grand-Est, l'objectif de cet article est de contribuer au développement de l'arsenal à la fois théorique et méthodologique consacré à l'évaluation des nouveaux modes d'organisations territoriaux en santé¹. Plus précisément, nous souhaitons interroger l'interdépendance entre les modalités de gouvernance de ces dispositifs d'action publics innovants et la mobilisation des acteurs de terrain (administratifs, politiques, médicaux, associatifs notamment). L'enjeu est d'actualité avec l'évaluation de la première génération de contrat et la préparation des suivants (à partir de 2017 dans le cas de la région Grand Est).

METHODES

Les CLS s'inscrivent dans le cadre des nouvelles formes de gouvernance publique caractérisées par la participation d'acteurs² aux enjeux divers voire contradictoires et l'absence de doctrine unique visant à uniformiser la mise en œuvre. Ils représentent l'outil principal d'intégration des politiques à l'échelle territoriale dans une perspective de promotion de la santé.

Afin de rendre compte et d'analyser cette complexité, la démarche méthodologique s'est appuyée sur le concept d'intervention complexe (Moore G et al., 2015) et sur un cadrage par l'approche d'évaluation réaliste (Ridde et al., 2012).

- Les CLS peuvent être en effet appréhendés comme des interventions complexes dans la mesure où ils se caractérisent par un enchevêtrement de multiples composantes dont les relations ne sont pas linéaires. La contribution de chaque acteur doit ainsi être comprise afin d'analyser ce modèle inédit d'action publique.
- L'approche « réaliste » cherche quant à elle à expliquer comment des interventions et organisations complexes fonctionnent, pour quelles raisons et dans quels contextes spécifiques (Pawson et al., 2004). Ce modèle prend en compte l'influence du contexte dans la relation intervention/effet et permet ainsi une évaluation plus compréhensive du processus d'action. L'évaluation des CLS contribue donc à la théorisation sur les interventions complexes qui repose sur une accumulation de connaissances itératives produites à partir d'étude de cas.

¹ Ce travail a fait l'objet d'un rapport remis à l'ARS Grand Est en 2017 (Béguinet M, Hervouet L, Alla F (dir), « Evaluation du processus d'élaboration et de mise en oeuvre des Contrats Locaux de Santé en région Grand-Est », Rapport, Ecole de santé publique, Faculté de médecine, Université de Lorraine, 2017, 107p.)

² Le terme d'acteur désigne l'ensemble des individus impliqués dans l'élaboration, la mise en œuvre ou l'évaluation du dispositif, quel que soit leur rattachement institutionnel (acteurs administratifs, politiques, professionnels de santé, représentants d'usagers, etc.).

Afin de comprendre l'articulation entre le mode de pilotage et de planification, le contexte spécifique de l'intervention et les résultats observés (en termes de mobilisation sur le terrain notamment), trois modes de recueil de données complémentaires ont été mobilisés (Cf. tableau n°1).

- En premier lieu, une étude documentaire portant sur l'ensemble du corpus des CLS (19 CLS de première génération contractualisés entre 2012 et 2016 dans la région Grand Est, Cf. Carte n°1) visait à comprendre comment ont été conçues les interventions dans des contextes institutionnels et épidémiologiques différents. Le corpus, composé des 19 CLS de première génération, a été analysé à partir d'une grille systématique et les données recueillies ont donné lieu à une analyse quantitative descriptive.
- un auto-questionnaire a été remis aux référents de chaque CLS afin de reconstituer l'ensemble du processus d'élaboration et de mise en œuvre des CLS tel qu'il a été perçu par leurs référents. Le présupposé était qu'un support de recueil de données identique favoriserait la comparabilité des résultats. Le corpus, composé des 19 questionnaires remplis, a été traité quantitativement et qualitativement afin d'identifier différentes logiques d'interventions.
- Enfin, afin d'approfondir les résultats issus des deux premiers volets méthodologiques, des études de cas approfondies ont été réalisées sur trois CLS³, avec la réalisation d'entretiens semi-directifs auprès des différentes parties prenantes des CLS (n=31 ; Cf. Tableau n°2). L'objectif était de recenser le point de vue d'acteurs impliqués à différents degrés et de différentes façons dans l'élaboration et/ou la mise en œuvre du CLS. Afin de respecter un principe de symétrie dans l'analyse (Bloor, 1982) deux groupes d'acteurs ont été distingués : les représentants administratifs et politiques d'une part (responsables régionaux et référents des CLS, élus locaux, représentants de l'Assurance Maladie) et les représentants des professionnels et des usagers d'autre part (représentants d'associations d'usagers/habitants, professionnels de la prévention, professionnels de santé du secteur hospitalier, ambulatoire et médico-social). Il s'agissait de les amener à adopter une posture rétrospective et réflexive, pour rendre de compte de leurs représentations et de leurs pratiques tout au long du processus. Les entretiens qualitatifs ont été réalisés à partir d'un guide d'entretien composé de questions ouvertes, ils ont fait l'objet d'une retranscription écrite anonymisée et leur contenu a été analysé thématiquement. La construction des outils a bénéficié de la méthodologie développée pour les travaux conduits en Ile-de-France (Schapman-Ségalié, Lombrail, 2018).

Tableau n°1 : Articulations des volets méthodologiques avec les questions évaluatives

Carte 1 : Localisation des 19 CLS de première génération signés dans la région Grand Est entre 2012 et 2016 (source : ARS Grand Est, 2016).

Tableau n°2 : Présentation de l'échantillon qualitatif

Les questions de recherche qui ont guidées l'investigation sont les suivantes :

- Dans quelle mesure les contextes territoriaux respectifs ont guidé la logique de rédaction des CLS puis leur mise en œuvre respective ?
- Quels sont les enjeux, les ressources mais aussi les contraintes des acteurs pour agir dans chaque contexte d'intervention et dans quelle mesure parvient-on à une convergence de ces modalités ?
- L'évaluation subjective des acteurs quant à l'impact de l'intervention - notamment sur les ISTS - peut-elle être modélisée comme une variable légitime de l'évaluation des dispositifs d'action publique en santé ?

³ Trois CLS ont été sélectionnés à partir des critères de sélection suivants : un CLS par ex-région ; une diversité entre communes et communautés de communes ; une diversité de modalités de pilotage (coordination formalisée ou non) ; au moins un CLS dont l'évaluation a été réalisée et où un CLS de deuxième génération a été signé.

Ainsi, l'analyse n'a pas été guidée par une logique évaluative comparative, entre chaque CLS mais plutôt par une démarche itérative d'étude de cas pour rendre compte d'un processus d'ensemble. D'autre part, le caractère prototypique des CLS 1 et leur ancrage territorial rend particulièrement importante la compréhension de la logique initiale d'intervention et du contexte spécifique de leur mise en œuvre.

RESULTATS

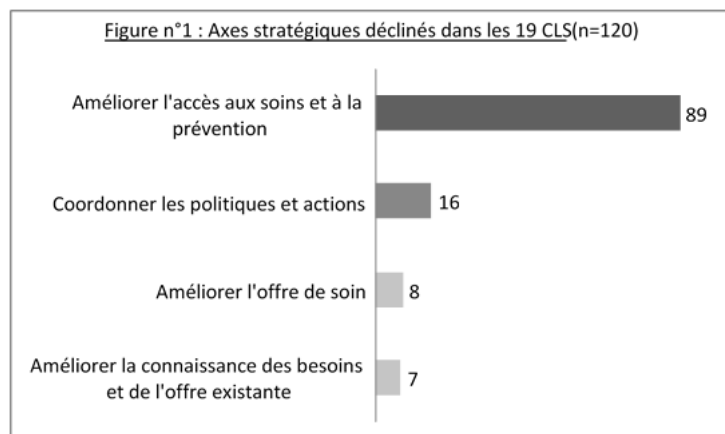
1. L'élaboration des CLS : le défi initial de la mobilisation

Dans leur première génération, les CLS bénéficient d'une flexibilité interprétative censée permettre aux parties prenantes de s'accorder sur les objectifs généraux d'une politique de santé publique fondée sur une vision extensive de la santé (intégrant par exemple la cohésion sociale) et centrée sur la réduction des ISTS, en fonction des spécificités des territoires. L'élaboration des CLS témoigne d'une continuité avec les politiques de santé établies notamment en termes d'objectifs et de populations visées (Cf. Encadré 1). A cette phase, le défi réside davantage dans la construction d'une méthode d'élaboration et de mobilisation des parties prenantes.

Encadré 1 : Présentation des CLS de la région Grand Est issue de l'étude documentaire

La majorité des CLS (16 CLS) reprennent dans leur introduction les dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (loi HPST) relatifs aux CLS. Ils font aussi majoritairement référence à plusieurs niveaux de politiques et de dispositifs : locaux (Ateliers Santé ville ; n=9), régionaux (PRS ou Schéma régional de prévention ; n=16) ou nationaux (Plan Cancer notamment ; n=4).

En termes de contenu, les CLS s'orientent vers 4 grands axes et en premier lieu l'amélioration de l'accès aux soins et à la prévention. Viennent ensuite la coordination des politiques et des actions, l'amélioration de l'offre de soin et l'amélioration de la connaissance des besoins et de l'offre existante (Cf. Fig.1)



Deux types de population sont visés dans les CLS : les populations cibles et les professionnels cibles, une fiche action pouvant viser plusieurs populations. Parmi les 417 fiches actions recensées, 82,5% visent des populations avec ou sans spécification (n=344) et 36% visent des professionnels (n=151) (Cf. Fig.2). Parmi les populations cibles, 34% des actions visent la population sans critères de restriction (n=116) : il s'agit de la population générale. Les autres actions visent des populations ciblées : 30% visent les enfants et les jeunes (n=103), 12% visent les personnes âgées (n=40), 3% les personnes à mobilité réduite (n=10) et 5% visent les femmes (n=7), les étrangers (n=6) et les aidants (n=5).

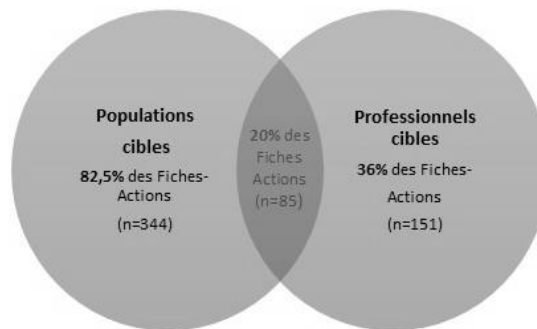


Figure n°2 : Types et proportions des populations visées par les fiches actions (définies à la signature)

Le sens commun associé au CLS est celui d'une mutualisation des ressources pour garantir l'efficacité des actions. Bien que les objectifs associés au CLS apparaissent relativement fédérateurs, l'initiation de la démarche repose sur la levée des réticences exprimées par certaines parties prenantes et notamment par les représentants politiques concernant le risque d'une déclinaison de la politique régionale sans adaptation aux spécificités locales, la charge administrative associée à l'élaboration et plus généralement la mise à distance d'une compétence en santé non-obligatoire pour les municipalités :

« La phrase que tous les élus me disaient, « mais la santé c'est pas une compétence obligatoire, c'est l'ARS et la Sécurité Sociale » donc il ne faut pas qu'on aille là-dedans, c'est pas notre rôle, ça va coûter des sous, des compétences obligatoires, il y en a assez. Et puis après le discours a été « normalement on ne devrait pas s'y impliquer mais il y a des choses qui se mettent en place. Et puis maintenant c'est devenu un enjeu politique. »

« Si on n'a pas confiance sur la contractualisation entre les collectivités locales et l'Etat, les CLS ne peuvent pas se développer parce que les collectivités ont peur. »

Face à leurs contraintes institutionnelles propres, plusieurs représentants institutionnels (Education nationale et Assurance maladie notamment) hésitent à s'engager financièrement dans le CLS. L'adhésion au CLS repose alors sur la possibilité de s'impliquer sans s'engager a priori sur des financements et à border son intervention au domaine d'expertise de l'institution :

« On a un budget annuel alloué par la CNAMTS qu'on dépense déjà au maximum. La direction [de la CPAM] préférerait gérer [ce budget]. On n'aurait pas voulu donner de l'argent au niveau du CLS alors que c'est un budget alloué aux conseillers, il y avait ce versant politique. Ces conseillers valident et débattent, c'est une prérogative qui existe au niveau des conseillers, la direction ne souhaitait pas prendre leur prérogative et une partie de leur budget. »

« Vu toutes les actions choisies et actées, nous en tant que CPAM, versant santé, c'était une petite partie des actions. Il y avait toute une partie sur le logement, donc c'était plus compliqué pour nous, on reste sur notre domaine d'expertise, la santé. Il faut que ça reste dans nos missions. »

Si les réticences des parties prenantes institutionnelles sont progressivement levées⁴, ce sont finalement les acteurs de terrains qui les plus difficiles à mobiliser les acteurs de terrains et notamment les représentants des usagers.

« Un appel par voie de presse aux habitants pour s'impliquer dans le CLS et axes opérationnels est resté lettre morte. »

⁴ Dans le corpus des CLS étudiés, peu de fiches actions font état d'une estimation financière des actions planifiées, ainsi que du niveau de participation de chaque financeur (lorsqu'une action réunit plus d'un financeur). Les financeurs les plus fréquents sont respectivement : l'ARS, la CPAM, le Régime Local d'Assurance Maladie (RLAM) ainsi que le Conseil Régional, le Conseil Départemental, les villes et EPCI.

L'implication des parties prenantes varie finalement en fonction des étapes (Cf. Figure 3) :

- ARS et communes sont impliquées de manière quasi systématique et constante durant tout le processus de décision ;
- viennent ensuite des parties prenantes dont l'implication est à la fois moins systématique et moins constante en fonction des étapes : le conseil régional et le conseil départemental.
- les parties prenantes qui incarnent l'intersectorialité des CLS (assurance maladie et caisse de retraite, Education nationale, Préfecture) sont impliquées en moyenne dans moins de la moitié des CLS, voire dans seulement un à deux CLS pour l'Education nationale, et ce de manière constante durant le processus.
- les professionnels de santé sont impliqués en moyenne dans moins de la moitié des CLS, le cas échéant plutôt durant la phase d'évaluation.
- des experts sont rarement mobilisés, le cas échéant plutôt au moment de l'évaluation (4/17).

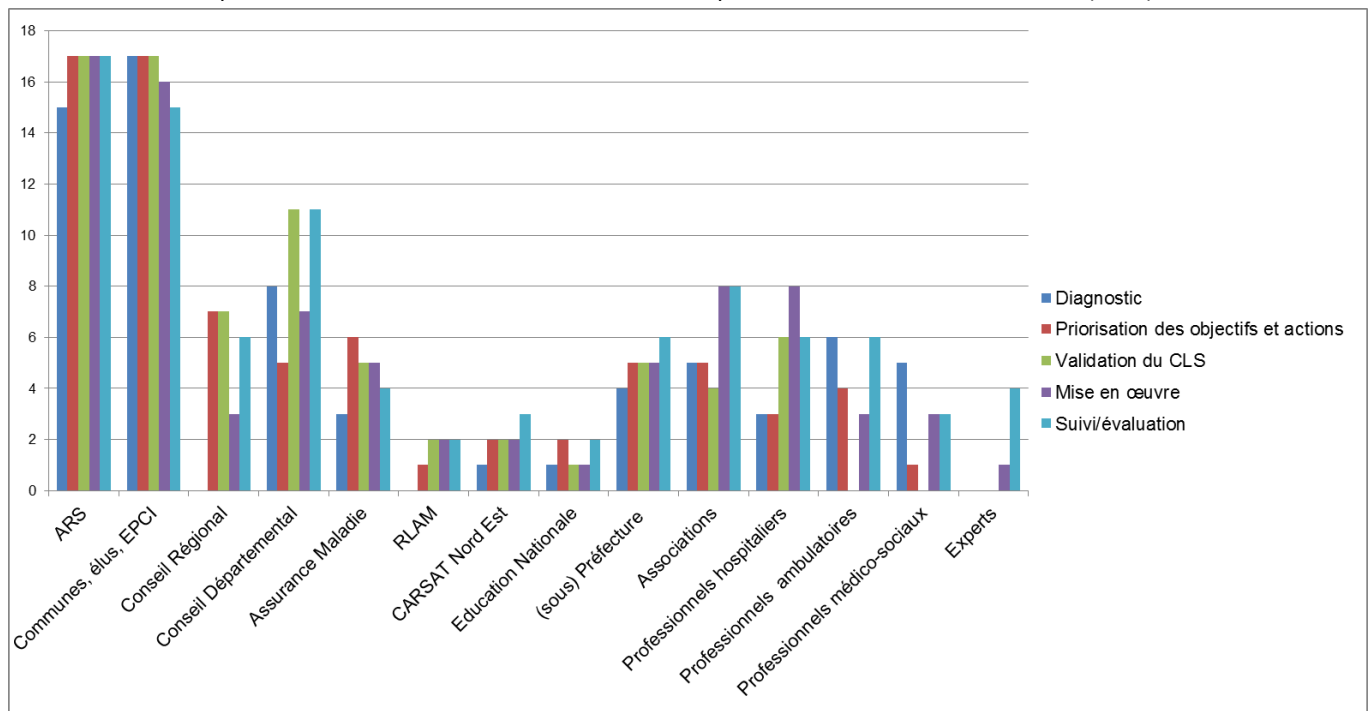


Figure n°3 : Parties prenantes impliquées dans le processus de décision (n=17, car l'état d'avancement des CLS ont empêché deux des référents de répondre).

2. Le pilotage à « deux-têtes » : entre choix stratégique et gouvernance par défaut

Le CLS peut être considéré comme un espace de coordination et de gouvernance partagée entre les parties prenantes. Cependant, dès la phase d'élaboration, l'ARS et la Ville forment le binôme⁵ qui incarne le pilotage du CLS l'un ou l'autre pouvant être à l'origine de la réflexion sur un projet de CLS. De plus, sans modèle sur lequel s'appuyer, l'élaboration du CLS s'appuie souvent sur les méthodes de travail proposées par l'ARS :

« C'est la duplication de notre méthode au niveau territorial. »

Certains pilotes présentent ce pilotage bicéphale comme un choix initialement stratégique des ARS afin de mobiliser les élus locaux. Au cours de la mise en œuvre, d'autres pilotes qualifient cette organisation de pilotage par défaut, face au manque d'implication des autres partenaires dans la gouvernance. Les autres signataires apparaissent comme des partenaires ou acteurs secondaires, voire intermittents, du fait de leur difficile mobilisation :

⁵ Les représentants de l'ARS expliquent que de former un binôme avec une collectivité territoriale dans le pilotage est un mode de gouvernance innovant en soi.

« Dans les faits, quand il faut prendre des arbitrages qui ne concernent que l'ARS et la Ville, ça se fait de manière bilatérale. Quand les gens ne s'engagent pas, ou lorsque ce n'est pas dans leur champ de compétence, on sait qu'ils ne vont pas pouvoir activer de financement. »

On observe finalement un paradoxe entre, du côté des deux grands porteurs du CLS que sont l'ARS et la Ville, le constat d'une difficile mobilisation des autres signataires et des acteurs de terrain et, du côté des autres parties prenantes et plus particulièrement des acteurs de terrain et des représentants d'utilisateurs, le souhait d'être davantage impliqués dans l'élaboration des CLS :

« Ce qui est dommage dans la phase d'élaboration, c'est qu'il faut y associer beaucoup plus les acteurs de terrain. Dans la définition des priorités, de l'élaboration. Une recommandation serait peut-être un diagnostic partagé, et aussi peut être un recueil de propositions. Après elles sont retenues ou pas peu importe, au moins elles sont discutées. »

« J'ai été un peu frustré. La critique ne porte pas sur la méthodologie mais sur la place qu'on laisse aux représentants d'utilisateurs dans l'élaboration du CLS. »

« D'autres CLS que j'accompagne, et où il n'y a pas eu de démarche participative, les acteurs locaux ne comprennent pas le CLS. Vu qu'ils n'ont pas participé à l'élaboration des axes, ça les dépasse alors que cela fait plusieurs années que le CLS est en place. »

Dans les phases suivantes du processus, les acteurs témoignent d'une grande autonomie dans la mise en œuvre et la relation avec les pilotes est centrée la collaboration :

« Les financeurs sont mobilisés en soutien davantage qu'en tutelle. »

« J'organise tout de A à Z. On n'a pas de contrôle de l'ARS et de la Ville, mais au moment de donner le bilan j'explique tout ce que j'ai fait, j'envoie tous mes power point en même temps. Ils ont une vue de comment on a travaillé. »

« La préfecture c'est : on vous appelle, il faut mettre ça en place dans le mois qui vient, sans trop de liens ni de réflexion en commun, c'est complètement descendant. Le CLS ça n'a rien à voir, ce n'est pas [aussi directif], il y a vraiment une réflexion préalable et on met en œuvre une solution. »

Les parties prenantes observent un changement de posture des tutelles, et notamment de l'ARS, qui se positionne en animateur du contrat :

« Ce qui est innovant c'est la co-construction, ce n'est pas quelque chose dont on a l'habitude. Depuis le début, on n'est pas venu en disant, on sait ce qu'il faut faire pour vous. Parce qu'on a déjà eu ce travers dans les années antérieures. Là on demande ce que chacun est prêt à faire, on met tout sur la table. C'est très innovant. »

« Il faut être dans une posture d'humilité, d'écoute et puis de contradiction. Face à des élus ou des opérateurs, on peut être infirmés dans notre analyse. Ça nous oblige à nous réinterroger. »

L'ARS est en effet l'un des porteurs du CLS et n'est pas dans une posture de financeur dans le cadre d'un appel à projet. Son enjeu est de mobiliser les partenaires afin d'initier une dynamique collective. L'émergence de cette dynamique passe par de nombreuses rencontres entre les parties prenantes, où les rapports hiérarchiques tendent à s'aplanir :

« Le principe du CLS c'est quelque chose que j'apprécie beaucoup parce qu'on est tous les uns à côté des autres et on n'a pas besoin de passer par la hiérarchie pour faire ensemble des choses. »

La concertation ne supprime pas pour autant toute verticalité dans l'organisation de la mise en œuvre :

« Depuis les choses se sont verticalisées, maintenant c'est une autre logique : il y a ça, ça, ça. Qui y va et comment ? »

3. La mise en œuvre des CLS : la construction d'une culture commune du « sur-mesure »

Organiser la mise en œuvre du CLS apparaît comme un défi méthodologique et organisationnel. En effet, c'est au moment de la mise en œuvre que les lacunes des phases précédentes et la complexité des relations apparaissent clairement aux acteurs.

Dans les faits, cet enjeu se traduit par une relative reconstruction du CLS dont le contenu et l'organisation évoluent, donnant lieu à l'ajout et/ou l'abandon d'actions, à des négociations sur l'ordre de mise en œuvre et le financement des actions ou encore à une sollicitation de nouveaux partenaires, y compris des signataires⁶. La reconstruction du CLS au cours de sa mise en œuvre est notamment justifiée par la nécessité de suivre l'évolution des besoins territoriaux, ces derniers pouvant évoluer d'une année sur l'autre. Le fil directeur qui garantit la cohérence doit alors être l'objectif principal du CLS :

« Il ne faut pas perdre de vue la finalité même du CLS, cela ne peut pas être une succession d'opportunités au fil du temps. »

Au-delà de la contractualisation, des liens fondés sur des représentations et des convictions communes se tissent entre les parties prenantes. Cette culture commune s'appuie sur l'idée selon laquelle le CLS doit être un outil adapté aux spécificités territoriales ainsi que sur la conviction partagée de l'importance de mobiliser les différents champs des politiques territoriales pour agir sur les déterminants de santé. Les parties prenantes sont sensibles aux effets positifs de la mutualisation des moyens mais aussi à la construction d'un réseau de partenaires qui puisse vivre en dehors du CLS.

Cependant, a posteriori, les référents des CLS observent des niveaux de mise en œuvre inégaux, notamment lié à l'implication des parties prenantes qui s'essoufflent, priorisent les objectifs internes au regard des tâches et du calendrier propre au CLS et pâtissent du turn-over institutionnel :

« Parfois c'est au niveau du partenariat que ça bloque un peu : par exemple, alors que là c'est des signataires du CLS, il y a toujours des problèmes avec l'Education Nationale qui est censée donner à la ville pour mettre à jour les fichiers de vaccination. Et l'Education Nationale a des données par rapport aux enfants, ils savent s'ils sont à jour de leur vaccination : elle ne donne pas les chiffres à la Ville alors qu'elle devait le faire. »

« Une réelle dynamique s'est révélée lors de l'élaboration du CLS. La difficulté est le maintien de cette dynamique et de la mobilisation des acteurs tout au long de la mise en œuvre. »

D'autres freins sont propres à certaines actions et concernent plus spécifiquement l'inadéquation de l'action face aux besoins réels de la population ou le profil de la population cible.

Si certains représentants institutionnels ont tendance à restreindre leur participation à la mise en œuvre, a contrario, les acteurs de terrain s'impliquent davantage— représentants associatifs et professionnels hospitaliers notamment (Cf. Figure 3). La contractualisation représente non seulement l'opportunité de développer des actions nouvelles via une manne financière mais elle est aussi garante d'une qualité dans leur mise en œuvre :

« On a vraiment créé les ateliers avec le CLS. Les ateliers qu'on fait là, on ne les aurait jamais faits sans le CLS. Auparavant on faisait sur notre temps, des petits stands dans les fêtes de quartier. Là ça devient beaucoup plus cadré et régulier. Sans le CLS il n'y aurait pas eu tout ce cadre, il y a les financements mais aussi ce cadre : on se doit de faire un travail parce qu'il y a d'autres intervenants, on se doit d'avoir une qualité dans notre travail, ça nous booste, on est tenus. On n'est pas surveillés mais on ne fait pas n'importe quoi. »

L'implication des acteurs de terrain se traduit par une attente forte de pérennisation des actions entreprises, à travers un engagement sur la durabilité des moyens techniques, humains et financiers mis à leur disposition

⁶ Quatorze CLS ont intégré de nouveaux partenaires au cours de la mise en œuvre du CLS. Il s'agit d'acteurs associatifs (Maison de la nutrition (MDN), Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie (ANPAA)...), institutionnels (CAF, Conseil Régional, CPAM) et des experts (IREPS). Ils ont été intégrés au cours de la mise en œuvre du CLS pour plusieurs motifs : besoins identifiés par des acteurs de terrain, avenant sur un axe du CLS avec création ou modification des fiches actions, besoin de formation émergeant pendant la mise en œuvre des actions, ou volonté d'intégrer le CLS.

dans le cadre du CLS. Les acteurs de terrain expriment en effet une forte incertitude sur l'avenir des actions à l'échéance du CLS.

La mise en œuvre est l'étape où semble apparaître le plus manifestement la complexité du jeu d'acteurs dont les CLS ne s'affranchissent pas. Les acteurs décrivent ainsi une série de cloisonnements voire de clivages institutionnels, la répercussion d'enjeux nationaux à l'échelle territoriale

« La mise en œuvre du CLS a été confrontée à la logique de concurrence des administrations (affichage, plages horaires alors que les locaux sont plutôt disponibles après 17h00 etc...) »

« Le régime local a des difficultés nationales. L'ANI, l'aide complémentaire santé pour tous les salariés, ça vient se confronter au régime local. Donc il a très peur de mourir et il nous fait un peu payer le fait que le fonctionnement national ne lui satisfait pas, qu'on est une ville de gauche... »

« La logique du CLS qui est un objectif commun, se confronte à des logiques d'institutions qui n'ont rien de commun : la gouvernance d'une ARS n'a rien à voir avec celle d'un établissement, ou d'une mutuelle. »

Une partie considérable du travail des référents des CLS est consacrée à encourager l'implication et la coordination de ces acteurs malgré leurs contraintes respectives. Le travail collectif entre des intervenants appartenant à différentes institutions et à différentes échelles, est en effet perçu comme le garant de la capacité d'innovation du CLS.

4. Un processus inabouti : l'évaluation de l'impact politique et sanitaire

Les parties prenantes expriment une satisfaction associée à l'élaboration à un outil inédit pour répondre à des objectifs stratégiques définis en commun⁷, mais aussi la frustration ressentie face à la difficile évaluation des effets réellement engendrés en termes de santé et plus précisément sur les inégalités. A contrario, les effets des actions en termes d'amélioration de l'offre de santé sur un territoire sont plus systématiquement évalués. L'évaluation des CLS prend la forme de bilans annuels et elle est principalement réalisée par les acteurs de terrain eux-mêmes. Certains bénéficient d'un accompagnement méthodologique du coordinateur du CLS et/ou de l'IREPS. Au niveau des actions, le critère d'évaluation plébiscité est celui de l'adhésion de la population cible (participation au dispositif, satisfaction, etc.). Finalement, l'évaluation est une phase pas encore assez outillée. Les parties prenantes observent l'inégale qualité des évaluations fournies par les acteurs de terrain, et plus particulièrement de leur difficulté à rendre compte de l'impact des interventions. L'évaluation des CLS dans leur globalité mais aussi la comparaison entre les CLS à l'échelle régionale en est rendue d'autant plus difficile. A défaut de pouvoir mesurer l'impact des CLS sur les déterminants de santé, les évaluations mettent en évidence les évolutions en termes de gouvernance et de relations entre les parties prenantes. Selon les référents, la mise en place du CLS a permis globalement d'améliorer la coopération entre les signataires (14 CLS sur 16) et entre les partenaires (13 CLS sur 16)⁸. En effet, le travail collectif initié dans le cadre du CLS se traduit par l'émergence de réseaux de partenaires⁹ qui perdurent dans le cadre d'une logique de « don contre-don » :

« Tout le monde y trouve son compte : ils nous ont permis d'avoir du matériel dans les écoles et nous ça nous a permis de renforcer leur banque de données pour les vaccinations. Donc c'est un échange partagé dans le cadre du CLS. »

« Ce qu'on est arrivés à faire c'est un lien direct entre le terrain, les élus et les décideurs qui ne connaissent pas automatiquement les gens du terrain. Ils ont réussi à se parler. Cela a permis

⁷ Selon les référents, les objectifs stratégiques ont été totalement (n=1), majoritairement (n=9) voire partiellement (n=6) atteints. L'état d'avancement de 3 CLS ne permettait pas à leurs référents de percevoir un impact.

⁸ L'état d'avancement de 3 CLS ne permettait pas à leurs référents d'évaluer leur impact.

⁹ Les CLS ont permis le renforcement des partenariats existants mais a également permis la création de nouveaux partenariats (15 CLS concernés). On peut notamment citer le partenariat entre l'Education Nationale et des acteurs associatifs, entre l'hôpital et certains acteurs extérieurs ou entre la CPAM et la ville (CCAS).

à des gens du terrain d'aller discuter directement avec l'élu, et inversement l'élu est allé sur le terrain. »

« Moi j'ai travaillé avec l'ARS sur des missions bien précises et après avec la cellule vaccination de la mairie. Je ne suis pas sûre que l'on travaillait avec eux avant, c'est avec le CLS. »

DISCUSSION

Sur le plan méthodologique, ce travail met en évidence l'intérêt du cadrage par l'approche réaliste qui invite notamment à investiguer quatre niveaux d'analyse, en multipliant les méthodes de recueil de données :

- La description des CLS issue de l'étude documentaire, qui permet d'investiguer la théorie de l'intervention et le contexte.
- Les pratiques d'élaboration, de mise en œuvre et de gouvernance des CLS (données issues des auto-questionnaires et des entretiens) qui permet d'investiguer les mécanismes.
- L'analyse du processus (difficultés, éléments facilitateurs, attentes) qui permet d'investiguer également les mécanismes.
- Les effets perçus par les parties prenantes qui permettent d'appréhender la plus-value des CLS.

Dans notre cas, malgré la complémentarité des modes de recueil des données engagés, plusieurs limites peuvent être soulignées et notamment la prédominance de données « subjectives » recueillies auprès des référents et des parties prenantes qui laisse place à des biais en termes de mémorisation et de réinterprétation a posteriori d'un processus.

Sur le plan théorique, le CLS peut finalement être appréhendé comme un « objet frontière » (Star et Griesemer, 1989) dans la mesure où les pratiques associées à son élaboration et à sa mise en œuvre le caractérisent comme un objet à la fois plastique - pour faire l'objet d'adaptation - et à la fois stable - pour permettre une convergence minimale. Y participent ainsi des parties prenantes hétérogènes, facteur déterminant de l'aboutissement d'une telle démarche d'innovation (Borins, 2001) - mais qui parviennent néanmoins à travailler en commun et à partager des significations communes.

C'est le caractère plastique du CLS qui détermine en partie sa capacité de mobilisation et d'enrôlement des acteurs locaux décrite par Haschar-Noé Salamero et Honta (2015) dans le cas des Pyrénées et confirmée ici dans le cas de la nouvelle région Grand Est. La souplesse du dispositif est un facilitateur de l'engagement initial des parties prenantes. Cependant, le caractère non-coercitif de cette contractualisation ne permet pas de résoudre le problème de l'implication inégale et fluctuante des parties prenantes par la suite. Le risque d'un pilotage plus contraignant est ainsi celui d'un engagement encore plus restreint des acteurs de terrain, qui plébiscitent le caractère souple du dispositif.

Le consensus autour de la nécessité de faire du CLS un instrument d'action publique « sur-mesure » peut être un frein à lever face à l'élaboration d'une doctrine commune d'élaboration des CLS. Dans le contexte des anciennes régions, des pratiques institutionnelles très variables modelaient les CLS. Un enjeu central soulevé par cette recherche est donc celui d'identifier des axes d'harmonisation, tout en sauvegardant la perception positive en termes d'adaptabilité et de souplesse du dispositif. La méthodologie d'élaboration des CLS d'une part, et l'incarnation de la coordination (via un coordinateur dédié au CLS) semblent apparaître comme des axes d'harmonisation attendus de manière relativement consensuelle par les parties prenantes. La flexibilité interprétative dont bénéficient les CLS de première génération enjoint les parties prenantes à inventer une méthode d'élaboration et c'est dans cette méthodologie que réside en premier lieu l'innovation, davantage que dans le contenu même des CLS qui témoigne d'une articulation permanente avec les enjeux de santé

publique préalablement identifiés à l'échelle nationale et d'une orientation vers des thématiques et des populations traditionnellement ciblées par ces mêmes plans. En effet, la théorie d'intervention des CLS est centrée sur une stratégie de rattrapage sur les populations les plus vulnérables (vs. gradient social) dans le cadre de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Le CLS est l'occasion d'une reconnaissance de la place de la santé dans les politiques locales, grâce à la diffusion d'une vision holistique de la santé. Une des plus-values du CLS est donc de diffuser des représentations communes, dont l'idée selon laquelle l'action sur les déterminants de santé passe par une intervention territoriale et une vision extensive des politiques de santé (mobilisant les champs de l'éducation, du logement, etc.). Cependant, la concrétisation de cette représentation commune est limitée. En effet, l'impact sur les ISTS n'est pas mesuré.

Bien que le CLS ne puisse pas strictement être défini comme un cas de gouvernance en réseau (Sørensen et Torfing, 2011), son potentiel d'innovation réside effectivement dans sa capacité à favoriser la sélection et la valorisation d'idées et d'actions nouvelles à l'échelle territoriale. L'ARS se positionne à la tête de ce processus et affirme son leadership territorial (Salaméro et Haschar-Noé 201) de par sa capacité à faire converger les intérêts des différents partenaires et à susciter de nouveaux agencements organisationnels. Une réflexion reste donc à engager sur les moyens de mieux identifier les partenaires dès l'élaboration du CLS puis d'animer le CLS de manière à éviter l'essoufflement des parties prenantes, dans la continuité de travaux qui s'intéressent aux nouveaux agencements entre acteurs dans le cadre d'actions collectives innovantes (Grenier & Denis, 2018).

Dans cette perspective, la contractualisation, symbolisée par la signature, apparaît comme un vecteur d'engagement, à la fois aboutissement et commencement d'une série de compromis. Le CLS est caractérisé par une temporalité instable entre des moments de consensus où la prise de décision apparaît fluide et des moments de négociation, voire de blocages qui freinent le processus. Les compromis reposent sur des apprentissages organisationnels :

- entre les parties prenantes, il s'agit d'apprendre à négocier, à entrer dans une logique de don contre don et à mettre à distance la logique tutélaire pour adopter une posture d'animation ;
- au sein des institutions, il s'agit de favoriser la communication interne (entre les niveaux hiérarchiques notamment) et d'assurer la lisibilité du CLS pour les différents services.

Ce processus d'apprentissage organisationnel est entamé mais reste inabouti dans la mesure où les logiques institutionnelles restent prégnantes tout au long du processus. De plus, ce point permet d'insister sur l'élément déterminant qu'est le temps dans ce processus. Le temps est une ressource pour construire un outil d'action publique innovant dans la mesure où il permet de mettre en œuvre une politique de santé sur le long terme, de mobiliser différents partenaires et de susciter leur réflexivité. Cependant, la temporalité relativement longue du CLS, notamment dans sa phase d'élaboration (diagnostic ad hoc, multiples réunions, définition des objectifs, rédaction du contrat et des fiches actions) peut être relativement frustrante pour certains acteurs, notamment pour les élus, attachés à percevoir de manière plus immédiate l'aboutissement de la démarche.

CONCLUSION

Les CLS représentent un outil inédit au service de l'innovation de terrain qui fait face au défi de la mobilisation et de l'implication continue des parties prenantes. L'adaptation des actions aux spécificités du territoire et de sa population (grâce au diagnostic notamment) représente un argument majeur pour convaincre les acteurs de s'impliquer, l'hypothèse est ici que l'action ciblée géographiquement est plus adaptée et par suite plus efficace.

L'innovation réside également dans la capacité à coordonner l'action pour éviter les redondances et multiplier l'effet des moyens et compétences mis en commun. C'est finalement l'évaluation basée sur le retour des partenaires (mise en œuvre des actions, nombre de partenaires mobilisés, etc.) qui permet de pallier la frustration face à l'impossibilité d'évaluer l'impact des actions sur les déterminants de santé. Bien que leur participation soit inégale et fluctuante, la coopération entre les parties prenantes est globalement perçue

comme meilleure dans le cadre du CLS, tant entre les signataires qu'entre les partenaires non-signataires. Elle se traduit notamment par un meilleur partage d'information et une interconnaissance.

Les effets sont plus difficilement appréciables en termes d'efficacité sur la santé et ses déterminants. La lutte contre les ISTS est déclinée comme un axe transversal des CLS. Dans cette perspective, l'objectif d'action sur les déterminants devrait orienter la rédaction des fiches actions. Or, cet objectif est encore peu concrétisé en termes de stratégies explicites et d'indicateurs. De plus, la théorie d'intervention des CLS reste centrée sur une stratégie de rattrapage sur les populations les plus vulnérables (et non pas sur le gradient social) dans le cadre de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. D'une part, le CLS permet une reconnaissance de la place de la santé dans les politiques territoriales. Mais d'autre part, la démarche de santé publique reste inaboutie du fait de la difficulté à agir sur les déterminants de santé. Face aux difficultés à agir sur les déterminants de santé, la concrétisation de ce deuxième niveau d'intervention reste inachevée. Les parties prenantes ont ainsi tendance à privilégier les actions visant l'amélioration de l'offre de soins et de prévention (qui repose sur des acteurs et des mécanismes clairement identifiés) et à retarder la mise en œuvre d'actions plus globales et/ou intersectorielles sur les déterminants de santé, plus difficiles à atteindre. Si, comme dans les Ateliers Santé Ville (Motard, Tessier, 2016), les CLS ont éprouvé leur capacité de coordination et en ont fait leur force, il s'agit donc de se recentrer sur l'objectif même de cette coordination, à savoir l'impact sur les déterminants de santé.

REFERENCES

- BLOOR D, *Sociologie de la logique ou les limites de l'épistémologie*, Paris, Pandore, 1982.
- BORINS S., « Encouraging innovation in the public sector », *Journal of Intellectual Capital*, 2, 2001, pp. 310-319.
- FLEURET S., 2015, Construction locale de la santé : quels sont les facteurs de réussite des projets locaux de santé communautaire ? *L'espace politique* 26/2015-2.
- GRENIER C. ET DENIS J.L. (2018), "S'organiser pour innover : Espaces d'innovation et transformation des organisations et du champ de l'intervention publique », *Revue Politiques et Management Public*, 34/3- 4, p. 191-206.
- HASCHAR-NOE N, SALAMÉRO E (2016). La fabrication d'un contrat local de santé « expérimental ». *Négociations et compromis sous tensions. Sciences Sociales et Santé*, Volume 34, Numéro 2.
- HASCHAR-NOE N, SALAMÉRO E, HONTA M (2015). La gouvernance différenciée des contrats locaux de santé. *Journal de gestion et d'économie médicale, La gouvernance auscultée en santé (1re partie)*, 33 (6), pp.375-388.
- JABOT F, LAURENT A, « Les contrats locaux de santé en quête de sens », *Santé Publique*, 2018/2 (Vol. 30), p. 155-156. DOI : 10.3917/spub.182.0155.
- LELOUP F, MOYART L, PECQUEUR B, « La gouvernance territoriale comme nouveau mode de coordination territoriale ? », *Géographie, économie, société*, 2005/4 (Vol. 7), p. 321-332.
- MOORE GF, AUDREY S, BARKER M, BOND L, BONELL C, HARDEMAN W et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance *BMJ* 2015;350 :h1258.
- MOTARD C, TESSIER S, « Les démarches Ateliers santé ville : la promotion de la santé à l'œuvre dans les territoires », *Santé Publique*, 2016/6 (Vol. 28), p. 729-733.
- PASQUIER R, SIMOULIN V et WEISBEIN J (dir.), 2007, *La gouvernance territoriale. Pratiques, discours et théories*, Paris, L.G.D.J., 235 p. ».
- PAWSON, R., GREENHALGH, T., HARVEY, G., & WALSHE, K. (2004). *realist synthesis: an introduction*. ERSC Research Methods Programme. Manchester, UK: university of Manchester.
- POLTON D, « La gouvernance des systèmes de santé et d'assurance maladie, une perspective internationale », *Regards*, 2017/2 (N° 52), p. 175-185.
- RIDDE, V., ROBERT, E., GUICHARD, A., BLAISE, P., & VAN HOLMEN, J. (2011). *l'approche Realist à l'épreuve du réel de l'évaluation des programmes*. *CJPE*, 26(3), 37-59.

SALAMERO É, HASCHAR-NOE N, « Variabilité des formes de gouvernance d'un contrat local de santé : ajustement en situation et légitimation négociée », *Terrains & travaux*, 2017/1 (N° 30), p. 163-184.

SCHAPMAN-SAGALIE S, LOMBRAIL P. Repères méthodologiques pour l'évaluation des Contrats Locaux de Santé et de leur capacité à réduire les inégalités sociales de santé, *Santé publique*, HS1, 2018, p.47-61.

SØRENSEN E. TORFING J., « Enhancing Collaborative Innovation in the Public Sector », *Administration & Society*, 43(8), 2011, pp. 842-868.

STAR S.L., GRIESEMER J. (1989). Institutionnal ecology, 'Translations' and Boundary objects: amateurs and professionals on Berkeley's museum of vertebrate zoology. *Social Studies of Science* (19), p. 387-420.

TABUTEAU D, « 1983-2013 : les évolutions de la politique de santé », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 2013/1 (Vol. 31), p. 53-67.