HAL open science

Entrer dans le jeu et gagner en représentation. Gouvernance urbaine de la santé et construction des capacités d'action métropolitaine

Marina Honta

To cite this version:

Marina Honta. Entrer dans le jeu et gagner en représentation. Gouvernance urbaine de la santé et construction des capacités d'action métropolitaine. CIST2018 - Représenter les territoires / Representing territories, Collège international des sciences territoriales (CIST), Mar 2018, Rouen, France. pp.330-333. hal-01854523

HAL Id: hal-01854523

https://hal.science/hal-01854523v1

Submitted on 6 Aug 2018

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.

Entrer dans le jeu et gagner en représentation
Gouvernance urbaine de la santé et construction des capacités d'action métropolitaine

AUTEURE
Marina HONTA

RÉSUMÉ
Face au mouvement de pluralisation et de fragmentation affectant l'action locale, plusieurs réformes ambitionnent de transformer les lieux d'élaboration des politiques publiques. La création des métropoles participe directement de la volonté de les consacrer comme lieu de régulation des sociétés contemporaines. Porter ainsi attention aux capacités politiques des métropoles, institutions encore considérées comme des produits institutionnels fabriqués voire imposés de l'extérieur, interroge les modalités contemporaines d'exercice du pouvoir urbain. Ces dynamiques sont appréhendées ici dans le secteur de la santé, en s'appuyant sur le cas de la métropole de Bordeaux. Pour cette dernière, la possibilité de faire émerger une capacité d'action collective dépend des rapports sociopolitiques préalablement sédimentés à cette échelle et des ressources issues des relations qu'elle a su construire à travers l'élaboration d'un contrat local de santé.

MOTS CLÉS
Métropole, gouvernance, légitimité, contrat local de santé

ABSTRACT
In front of the pluralisation and fragmentation affecting local action, several reforms aim at transforming the places where public policies are drawn up. The creation of the metropolises directly participates in the will to consecrate them as places of regulation of contemporary societies. Thus paying attention to the political capacities of metropolises, institutions still regarded as manufactured or even imposed institutional products, questions the contemporary modalities of exercising urban power. These dynamics are comprehended here in the health sector, with the case of the metropolis of Bordeaux. The possibility of developing a capacity for collective action depends there on the sociopolitical relationships previously built on this scale and the resources resulting from the relationships that it has been able to build through the development of a local health contract.

KEYWORDS
Metropolis, Governance, Legitimacy, Local health contract

INTRODUCTION
Les initiatives porteuses d'une intégration accrue des politiques publiques se multiplient depuis une vingtaine d'années et les dispositions prises au titre de la dernière réforme territoriale en attestent une fois encore. Le plus souvent, il s'agit de réguler voire de « lutter contre » le mouvement de pluralisation et de fragmentation affectant l'action locale et les services publics (Pinson, 2006). Cette recherche de cohérence est présentée comme d'autant plus importante lorsqu'il s'agit de traiter les problèmes sociaux contemporains, c'est à dire des enjeux complexes qui débordent les frontières classiques des politiques sectorielles comme les capacités d'un acteur pris isolément (Lascoumes & Le Bourhis, 1998).

Les politiques territoriales de santé en France n'échappent pas à ces constats d'ouverture des systèmes d'action publique et de perte de centralité de l'État. Elles mettent en présence trois principales catégories d'intervenants : un État centralisé prolongé par une administration territorialisée – les agences régionales de santé (ARS) – chargée de décliner l'action ministérielle en fonction des réalités locales à travers l'élaboration d'un projet régional de santé ; des collectivités territoriales et des groupements de communes qui, historiquement engagés dans la diffusion des principes de l'hygiénisme, ont saisi l'opportunité de la réforme de décentralisation (1982) pour étendre leur implication en la matière alors que les compétences légales ne leur confient qu'un rôle résiduel ; des groupes d'intérêt – associations relevant des champs sanitaire, social et médico-social, et professionnels de santé – organisés autour d'enjeux sectoriels divers.

La multiplication des politiques de santé à toutes les échelles de l'action publique s'inscrit ainsi dans la tendance au renforcement du poids des acteurs locaux dans leur définition et leur mise en œuvre, des collectivités territoriales et de leurs groupements tout particulièrement (Rican & Vaillant, 2009).

Ainsi, le terrain de jeu politique a, depuis une trentaine d'années, changé d'échelle. Le nombre de joueurs s'est multiplié et, surtout, aucun ne détient plus le monopole de la définition de l'intérêt général (Le Galès, 1999). Au-delà de ce foisonnement d'acteurs, si les collectivités territoriales et leurs groupements ont progressivement acquis une légitimité et une capacité d'action plus fortes face aux acteurs étatiques, leur engagement en matière de santé est régulièrement qualifié de disparate (Honta & Basson, 2015). Plus généralement, c'est l'ensemble de ce champ d'intervention publique qui est marqué par la fragilité des coopérations tant est complexe la distribution du pouvoir qui le caractérise et sont intenses les conflits de légitimité entre les acteurs en présence.

Dans ce contexte, l'institutionnalisation et le renforcement des compétences de « nouveaux territoires » comme le déploiement de dispositifs de régulation de l'action locale figurent, dans ce secteur d'action publique comme dans d'autres, au titre des entreprises devant favoriser l'intégration. Il est question ici de saisir les mécanismes concrets de la mise en œuvre de ces initiatives, fréquemment impulsées notamment par l'État, en portant attention aux acteurs individuels et collectifs directement mobilisés dans leur déploiement.

1. GESTION LOCALE DE LA SANTÉ, INSTITUTIONNALISATION DES MÉTROPOLES ET QUÊTE DE LÉGITIMITÉ

Face au mouvement de pluralisation et de fragmentation affectant l'action locale, plusieurs réformes ambitionnent de transformer aussi bien les conditions d'exercice du pouvoir local que les lieux d'élaboration des politiques publiques. Renforçant progressivement les espaces de gouvernement de second niveau démocratique que sont, en France, les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), ces « nouveaux territoires » sont appelés à jouer un rôle plus important dans la conduite de l'action publique. La création récente des métropoles en milieu urbain participe directement de la volonté de consacrer ces institutions comme lieux de régulation des sociétés contemporaines et de lutte contre les mécanismes de ségrégations spatiale et sociale, tout en leur permettant de s'inscrire dans la compétition internationale. Une telle dynamique rend ainsi opérantes les conceptions selon lesquelles c'est à ce niveau que se posent la plupart des problèmes économiques et sociaux et, par définition, la responsabilité de les appréhender.

Porter ainsi attention aux capacités politiques des métropoles interroge les modalités contemporaines d'exercice du pouvoir urbain tant est cruciale en effet la question du pilotage et du portage de l'action publique par ces autorités encore considérées comme des produits institutionnels fabriqués voire imposés de l'extérieur (Lefèvre, 1998). Renvoyant directement à l'étude des formes d'action collective générées par ces institutions pour assurer la légitimation de leurs politiques publiques, ces dynamiques sont appréhendées ici dans le secteur de la santé et en prenant le cas de la métropole de Bordeaux. Alors que la loi ne distribue pas les rôles entre les différentes collectivités publiques, l'engagement métropolitain dans ce domaine est susceptible de produire des difficultés d'articulation voire une mise en concurrence. Cet exercice de leurs compétences, en effet parce que les autorités locales de base notamment (les communes membres) ne sont pas complètement dessaisies, fait l'objet de négociations voire de luttes entre les deux échelles (locale et métropolitaine) de gouvernement. Ces éléments expliquent plus généralement que l'action des métropoles, dont la légitimité demeure essentiellement adossée à des bases fonctionnelles, ne soit pas clairement connue et reconnue par la population, non appelée, par ailleurs, à élire leurs représentants au suffrage universel direct (Olive, 2015).

Dès lors, se trouve posée la question de la place et du rôle que peuvent jouer les métropoles en ce domaine et de la nécessaire articulation de leur action avec celles menées par les autres niveaux de gouvernement mobilisés. En filigrane, ce sont bien les différents enjeux territoriaux sous-jacents à la mise en place de politiques locales de santé qui sont questionnés : quels territoires et quels modes d'intervention locale, pour quels objectifs (Rican & Vaillant, 2009) ?

2. LE CONTRAT MÉTROPOLITAIN DE SANTÉ COMME INSTRUMENT DE GOUVERNANCE DE LA SANTÉ

Dès lors que la légitimé accordée par l'État aux métropoles à travers la promulgation de lois et l'allocation de ressources spécifiques ne peut suffire à asseoir leur reconnaissance politique et démocratique, dans l'agglomération bordelaise cette entreprise de légitimation de l'action métropolitaine repose sur la nécessaire production d'idées, de représentations collectives ayant pour fonction de produire l'assentiment des divers groupes d'acteurs locaux en présence (Jobert & Muller, 1987). Ces éléments discursifs sont articulés autour de trois dimensions que la construction du contrat local de santé (CLS) rend effectives : une dimension cognitive qui permet de décrire la réalité sociale et d'établir un diagnostic justifiant le mandatement métropolitain ; une dimension normative identifiant un certain nombre de valeurs collectives à la base de cet engagement ; enfin, une dimension instrumentale permettant de décliner de manière opératoire ces principes d'action au nom du « bien commun métropolitain » (Lascoumes & Le Bourhis, 1998).

Le CLS est en effet conçu par le ministère de la Santé comme un outil de coordination de l'action locale en santé et de réduction des inégalités sociales et territoriales en ce domaine. En ce sens, l'association attendue des institutions publiques autour d'enjeux portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social, a pour objet de faire coopérer des acteurs dans une logique de cohérence et de décloisonnement. Reste que ce dispositif, comme tout instrument d'action publique, ouvre sur l'agglomération un espace de tensions politiques entre ceux qui souhaitent le promouvoir – la métropole et l'ARS – et ceux qui s'interrogent sur les reconfigurations de l'action publique qu'il induit.

Dans ce cadre, il s'agit de montrer que la possibilité de faire émerger cette capacité d'action collective de la métropole de Bordeaux dépend à la fois des rapports sociopolitiques

préalablement sédimentés à cette échelle et des ressources fournies par les interactions que cette institution a su construire avec d'autres acteurs publics et privés. À cette aune, le terme « capacité » est entendu comme la faculté qu'ont collectivement des acteurs urbains à définir des projets et à agir collectivement dans des environnements fragmentés, pluralistes, caractérisés par la dispersion des ressources politiques (Stone, 1993). Selon Stone en effet, elle découlerait de la faculté d'une pluralité d'acteurs à se reconnaître mutuellement, à mettre en commun des ressources, à constituer des coalitions et à recourir à des modes d'action ne renvoyant que peu à l'imposition hiérarchique (Dormois, 2016).

3. PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES

Sur un plan méthodologique, l'étude des jeux d'acteurs et des rapports de pouvoir induits par l'engagement de la métropole s'appuie sur des entretiens semi-directifs menés avec des représentants des villes et de la métropole bordelaise (17 élus et agents administratifs), de l'ARS et de sa délégation départementale de Gironde (7), des services déconcentrés de l'État (3), et d'organisations relevant des secteurs social et sanitaire (6) ayant participé à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets en santé. Le dispositif méthodologique comprend également l'observation participante des comités de pilotage du CLS métropolitain et des séminaires de restitution des résultats du « diagnostic partagé » réalisé et des décisions prises par les membres des groupes de travail thématiques chargés de la définition des actions menées au titre du CLS.

RÉFÉRENCES

Dormois R., 2016, « L'agencification : opportunité ou contrainte pour renforcer la capacité d'action politique des villes ? Le rapport à l'ANRU et à l'ANAH dans la conduite de la politique de renouvellement urbain à St-Étienne (2003-2015) », *Métropoles*, n° 18 [mis en ligne le 15/06/16 : metropoles.revues.org/5252].

Honta M., Basson J.-C., 2015, « "Healthy cities": A new political territory. An analysis of local healthcare governance in the city of Bordeaux », *French Politics*, 13(2), p. 157-174.

Jobert B., Muller P., 1987, *L'État en action. Politiques publiques et corporatismes*, Paris, PUF.

Lascoumes P., Le Bourhis J.-P., 1998, « Le bien commun comme construit territorial : identités d'action et procédures », *Politix*, vol. 42, p. 37-66.

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

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

Olive M., 2015, « Métropoles en tension. La construction heurtée des espaces politiques métropolitains », *Espaces et sociétés*, 1(160-161), p. 135-151.

Pinson G., 2006, « Projets de ville et gouvernance urbaine. Pluralisation des espaces politiques et recomposition d'une capacité d'action collective dans les villes européennes », *Revue française de science politique*, 56(4), p. 619-651.

Rican S., Vaillant Z., 2009, « Territoires et santé : enjeux sanitaires de la territorialisation et enjeux territoriaux des politiques de santé », *Sciences sociales et santé*, 27(1), p. 33-42.

Stone C.-N., 1993, « Urban Regimes and the Capacity to Govern: A Political Economy Approach », *Journal of Urban Affairs*, 15(1), p. 1-28.

L'AUTEURE

Marina Honta
Université de Bordeaux – Centre Émile Durkheim
marina.honta@u-bordeaux.fr