

Entreprise métropolitaine en santé et ordre public local Les limites socio-politiques à l'innovation institutionnelle Le cas de l'agglomération bordelaise

05

► **Marina Honta^{a*} et Jean-Charles Basson^b**

^a Sociologue, professeur à l'Université de Bordeaux, chercheur au Centre Emile Durkheim (UMR CNRS 5116) et membre de la Fédération de Recherche Santé Publique, Société (FR SPS)

^b Politiste, maître de conférences à l'Université de Toulouse, chercheur au CRESCO (EA 7419) et associé au LaSSP (EA 4175), à l'Équipe Inégalités Sociales de Santé (UMR INSERM 1027) et à l'Institut Fédératif d'Études et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société (IFERISS FR 4142)

Résumé

Le processus de métropolisation de la santé engagé dans l'agglomération bordelaise depuis les élections municipales de 2014 est source de controverses, voire de conflits. Véritable entreprise d'innovation institutionnelle, il modifie les rapports de pouvoir entre les acteurs publics en présence. Des procédures de concertation sont mises en place afin de lever les résistances communales et de produire du consentement. Si ces dispositifs participatifs circonscrivent les contours du rôle que la métropole est autorisée à jouer en matière de santé, les promoteurs de cette innovation y voient l'opportunité de valoriser un engagement volontariste présenté comme singulier. © 2017 IDMP/Lavoisier SAS. Tous droits réservés

Mots clés : innovation institutionnelle, santé, ordre public local, action publique, échelles locales, métropole, communes.

Abstract

Metropolitan Enterprise for Health and local public order. Socio-political limits to institutional innovation. The case of the Bordeaux agglomeration. The process of metropolitanisation of health in the Bordeaux since the municipal elections of 2014 is a source of controversy and even of conflicts. A true institutional innovation enterprise, it modifies the relations of power between the public actors involved. Consultation procedures are in place to remove communal resistance and to produce consent. If these participatory devices circumscribe the role that the metropolis is allowed to play in health, the promo-

*Auteur correspondant : marina.honta@u-bordeaux.fr

ters of this innovation see it as an opportunity to value a voluntarist commitment presented as singular.

© 2017 IDMP/Lavoisier SAS. Tous droits réservés

Keywords : institutional innovation, health, local public order, public action, local scales, metropolis, communes.

Introduction

La réforme des collectivités territoriales de 2010 a entériné la montée en puissance du fait urbain. La loi du 27 janvier 2014 franchit une étape supplémentaire en couplant deux questions jusqu'ici disjointes : la modernisation de l'action publique territoriale et l'affirmation des métropoles, l'une et l'autre justifiées par leurs effets supposés sur la compétitivité des territoires (Jouve, 1998 ; 2007 ; Olive, 2015 ; Touati et Denis, 2013). Arrimées à la loi Lamy faisant des groupements de communes le pivot de la nouvelle politique de la Ville, ces dispositions participent du renforcement de l'échelle métropolitaine. C'est dans ce contexte que sont définis, au sein de l'agglomération bordelaise, le contenu du contrat de ville, la place qu'y occupent les questions de santé et, plus largement, le périmètre de l'action métropolitaine en ce domaine. Dès son élection à la présidence de la métropole de Bordeaux, Alain Juppé s'engage auprès du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) à signer un contrat local de santé (CLS) à cette échelle territoriale alors que la ville de Bordeaux, dont il est le maire, est déjà inscrite dans cette dynamique de contractualisation (Honta et Basson, 2017).

Entendue comme un processus d'action collective par lequel un nouvel arrangement institutionnel est introduit dans un système social spécifique, cette entreprise d'innovation institutionnelle atteste la propension des métropoles à faire « exploser » le cadre préétabli de leurs compétences formelles (Négrier, 2012). De fait, elle est potentiellement source de controverses et de conflits politiques car elle vient modifier les rapports de pouvoir entre les acteurs en présence (Delpuech, 2016). Ne résultant pas d'un accord préalable entre acteurs communaux et métropolitains, la signature du CLS ouvre un espace d'affrontements et de frictions politiques entre ceux qui souhaitent le promouvoir et ceux qui refusent les reconfigurations de l'action publique qu'il induit (Le Bourhis et Lascoumes, 2014). Pour analyser ces tensions, nous recourons à la sociologie politique de l'action publique qui décrypte l'innovation institutionnelle en termes d'adaptation et de tâtonnements, de dynamiques d'interaction et d'interface (Offner, 2000).

Afin d'en saisir les ressorts, deux hypothèses sont formulées. Alors que la création des métropoles est présentée comme l'innovation majeure des récentes réformes territoriales, la construction de la capacité politique de celle de Bordeaux à investir ce champ de compétence nécessite le déploiement de divers procédés participatifs. En aménageant des espaces d'échanges et en « donnant la parole » (Defrance, 1988) aux élus et techniciens des communes membres, ils visent à circonscrire ce qui doit relever de l'échelle et de l'intérêt métropolitains, à prévenir les conflits et, partant, à produire de l'acceptabilité politique. Toutefois, cet « art de l'enrôlement » (Akrich et al., 1988) est subordonné aux initiatives d'entrepreneurs qui, en tant que « perturbateurs de l'ordre social » (Bergeron, Castel et Noguez, 2013), voient dans la métropole l'institution susceptible de faire avancer les intérêts et les causes niés par

les logiques existantes (Fitzgerald et al., 2002 ; Nay et Smith, 2002). Après la présentation des étapes fondatrices qui ont permis à la métropole de Bordeaux de se positionner dans le domaine de la santé, il s'agit de montrer que la dimension « innovante » de son engagement tient plus de l'affirmation de la pertinence de son échelle d'intervention que de la possibilité réelle de changer la conduite de l'action publique locale.

Méthodologie

L'entreprise d'innovation métropolitaine en santé déployée dans l'agglomération bordelaise est appréhendée selon les préceptes de la sociologie politique de l'action publique. Cette analyse localisée constitue un complément aux recherches conduites sur les politiques de santé à d'autres échelles (communale, nationale, européenne). Elle a aussi ses raisons méthodologiques car elle permet de saisir les acteurs collectifs et les individus dans la complexité de leur trajectoire sociale. Cette étude s'appuie sur 28 entretiens semi-directifs menés avec des représentants de l'ARS (4), des services déconcentrés de l'État (3), des villes et de la métropole bordelaise (17 élus et agents administratifs) et d'organisations relevant des secteurs social et sanitaire (4) ayant participé à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets en santé. L'ensemble des entretiens a fait l'objet d'un enregistrement et d'une transcription.

Le dispositif méthodologique comprend également l'observation participante des ateliers organisés par la métropole pour définir le contenu du contrat de ville, des comités de pilotage du CLS métropolitain et des séminaires de restitution des résultats de l'étude des besoins en santé des 28 communes membres de la métropole : 126 personnes (66 élus et 60 agents publics communaux) ont été rencontrées par les chargés de mission de l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IRESP). L'analyse de ces données a fait l'objet d'un rapport (IRESP, 2015).

Le contenu de ce corpus a été analysé manuellement au moyen d'une opération de codage réalisée à partir de l'élaboration d'une grille de catégories construite selon les thèmes suivants :

- les logiques respectives d'intervention des acteurs mobilisés,
- les registres de légitimation de l'action métropolitaine engagée dans le domaine de la santé,
- les attentes à l'égard du CLS et de la métropole,
- les représentations de l'action partenariale dans laquelle ces opérations s'insèrent,
- les changements institutionnels à l'œuvre dans les secteurs social et sanitaire et leurs effets sur la stabilité de l'action partenariale.

Débutée en 2012, la recherche intervient pour le compte du conseil régional d'Aquitaine, dans le cadre des deux contrats suivants : *Activité physique, alimentation et territoires. Une analyse comparée des modes de régionalisation des programmes de prévention et d'éducation à la santé en Aquitaine, Midi-Pyrénées et Nord-Pas de Calais, 2012-2016* ; *Une analyse comparée de la gouvernance urbaine des politiques d'éducation et de promotion à la santé, 2014-2018* placés sous la responsabilité de Marina Honta. Les choix théoriques et méthodologiques ont été élaborés en toute indépendance.

1. La fabrique d'un droit à l'innovation institutionnelle

Alors que les métropoles n'ont pas reçu de compétence formelle en matière de santé, la restitution des registres d'action accompagnant la signature du CLS rend compte du rôle joué par les acteurs qui travaillent à légitimer cet espace institutionnel au nom duquel ils interviennent (Freyermuth, 2012). Une telle entreprise politique d'innovation est susceptible de procurer à certains acteurs des avantages, ressources, opportunités et capacités d'action tandis qu'elle fait subir à d'autres un surcroît de contraintes et une réduction des marges de liberté (Delpuech, 2016). Aussi, s'appliquer à justifier l'engagement de la métropole en santé suppose de s'exposer à des représentants de villes percevant le changement d'échelle comme une atteinte directe à leurs prérogatives assumées jusqu'alors (Basson, Haschar-Noé et Honta, 2013 ; Honta, 2017).

1.1. La construction d'une cause légitime

Ne résultant pas uniquement d'une impulsion réformatrice imposée d'en haut, la construction métropolitaine est le produit d'initiatives politiques et de pratiques professionnelles. En ce sens, la signature du CLS et, plus généralement, l'adoption d'une compétence en santé attestent l'importance de certains responsables politiques et administratifs jouant le rôle d'entrepreneurs. Saisissant l'opportunité engendrée par le contexte législatif et institutionnel et les changements issus de l'alternance politique à la tête de la métropole, ils sont animés de la volonté de susciter le changement malgré le conservatisme intrinsèque des structures administratives locales (Offner, 2000, 141). Au titre des entrepreneurs ralliés à cette cause pouvant désorganiser l'ordre public local, une cadre participe pleinement à l'élaboration d'une stratégie globale de santé à l'échelle intercommunale. Socialisée par des études de sociologie urbaine à l'action partenariale et au pilotage de projets collectifs, elle explique avoir rapidement « *été amenée à travailler sur la construction d'un projet d'aménagement d'espaces de jeux pour enfants, donc à travailler avec plein d'écoles, d'acteurs et des villes bien évidemment, toute la panoplie de personnes qui ont envie de faire, de construire. Là, on discute, on rediscute, on construit, on entend, on écoute, on va voir* ». Après avoir été chef de projet politique de la Ville dans une commune, elle est, en 2011, recrutée par la métropole pour mener une mission ayant trait à l'aménagement du campus universitaire. Tirant son pouvoir de la légitimité conférée par son expertise dans les secteurs du développement social urbain et de la santé publique, son répertoire d'actions et d'arguments témoigne d'un engagement empruntant au militantisme sectoriel. Elle cherche, par cette entremise, à faire la preuve que la métropole peut, et doit, constituer un nouvel acteur de santé.

Sa « compétence relationnelle » avec les acteurs des secteurs sanitaire et social se révèle alors déterminante : elle parvient, en effet, à les transformer en autant de partenaires et d'alliés partageant son ambition de favoriser l'engagement de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) en matière de santé. Elle souligne l'importance de ces ressources progressivement accumulées : « *Mon ancien directeur m'a proposé d'investir un des douze chantiers thématiques de la stratégie métropolitaine : celui portant sur la santé et la qualité de vie. Je me suis emparée de ce projet. Tout doucement, évidemment, puisque ce n'était pas ma mission. Très rapidement, j'ai pris contact avec l'ARS, avec certains partenaires, avec les communes de la métropole qui étaient engagées depuis longtemps sur les questions de*

santé. Tout doucement, on a commencé à construire un partenariat avec l'ARS. Il y avait une volonté politique affichée, un document cadre, un projet stratégique. C'était la seule entrée qui me permettait, moi, légitimement d'aller voir l'ARS, d'aller voir les uns et les autres. Et pour l'ARS, c'était une magnifique opportunité que quelqu'un puisse mettre en œuvre cette politique sur la métropole. Très rapidement, est arrivée l'idée de construire un contrat local de santé à l'échelle métropolitaine. Puis, il y a eu un changement politique et Monsieur Juppé est devenu président. Il a inclus dans son plan de mandature la volonté d'agir en santé. La volonté politique, c'est très important ! Donc quand j'ai su qu'il allait rencontrer le directeur général de l'ARS au titre de ses fonctions de maire de la ville de Bordeaux, j'en ai profité. Comme j'étais déjà en contact avec l'ARS, j'ai glissé l'idée qu'à un moment donné de la discussion soit introduite la question du CLS métropolitain. Et ça a été validé ! À la suite de quoi, je préparais l'idée qu'il fallait alors un vice-président métropolitain à la santé. Ça a été validé également ! ».

L'investissement du thème de la santé par une vice-présidente chargée du développement durable constitue une autre des conditions de la mobilisation de la métropole. Consciente que la diffusion de l'innovation institutionnelle ne peut être circonscrite à un usage interne (Offner, 2000), elle s'emploie à la mettre en scène « à l'extérieur ». Alors que deux autres métropoles (Nancy et Strasbourg) ont déjà signé un CLS empêchant Bordeaux d'afficher une position avant-gardiste sur ce point, elle présente, dans la presse locale, cet engagement comme « *une démarche innovante* ». Du même coup, elle précise les finalités de ce projet aux dimensions « *altruiste* » d'une part, collaborative de l'autre : « *Ce travail s'inscrit évidemment dans une démarche sociale de lutte contre les inégalités notamment dans l'accès aux soins. Nous souhaitons aussi actionner le levier sur la prévention (...). Il faut faire en sorte que toute la nouvelle métropole puisse se sentir concernée, c'est pourquoi nous réunirons prochainement tous les partenaires qui peuvent donner un apport concret au contrat* »².

L'investissement de la métropole dans le champ de la santé est, d'emblée, arrimé à la symbolique de la justice sociale. Tout dispositif étant considéré comme innovant à partir du moment où certains acteurs du contexte d'adoption y voient une solution nouvelle et crédible à un problème qu'ils cherchent à résoudre (Delpeuch, 2016 : 61), l'EPCI est défini en tant que cadre privilégié de mise en commun de moyens dévolus à la diffusion de la santé partout, par tous et pour tous (Freyermuth, 2012). Cette articulation entre les volets sanitaire et social trouve sens avec la réforme de la politique de la Ville puisque la loi Lamy fait de l'échelle intercommunale l'unique cadre de référence pour la signature des contrats de ville. De fait, elle élargit leur responsabilité à des domaines sur lesquels elles n'étaient pas ou peu présentes jusque-là : le développement social, la tranquillité publique et l'accès à l'emploi, par exemple. Outre la diffusion de cette dynamique ayant partie liée à la « *sanitarisation du social* » (Fassin, 1998), l'action annoncée sur « *la prévention* » procède de la volonté de (ré)affirmer les compétences de l'EPCI. Le directeur général de l'ARS le fait lui-même en soulignant qu'elles constituent « *des leviers essentiels à la préservation de la santé des populations* ». Autrement dit, il rappelle que la santé des habitants de la métropole bordelaise est en grande partie créée en dehors du système de soins, sous l'influence des déterminants sociaux et environnementaux de la santé (Clavier et Crespin,

²Béteille R., *Bordeaux Métropole : un futur contrat de santé métropolitain engagé*. 26 juin 2015 (<http://www.aqui.fr/societes>).

2017). Ce faisant, il participe de la reconnaissance externe de l'action métropolitaine : « *le volet de la santé environnementale occupe une place très importante dans ce contrat car la population est de plus en plus intéressée par ces problématiques en raison de la montée en puissance de l'environnement en tant que cause des maladies* »³.

En charge des questions de développement durable, d'une part, et d'innovation et de développement économique, d'autre part, l'investissement de la métropole était jusqu'alors circonscrit à la réduction des nuisances et des pollutions et à la valorisation des entreprises faisant preuve « d'excellence » en ce domaine⁴. Il s'agit dorénavant de dépasser ce cadre et de coller au plus près des ambitions de l'agglomération bordelaise qui entend, dans un délai court, devenir une « métropole Haute Qualité de Vie et un acteur majeur de la transition énergétique »⁵. Le programme que l'EPCI se donne est propice à l'épanouissement de la santé publique entendue comme un bien commun partagé à l'échelle intercommunale : « La métropole se met en route vers la transition écologique et s'attachera à réduire l'étalement urbain, à porter une attention constante à la biodiversité, à valoriser son fleuve et, plus largement, toutes ses richesses naturelles et agricoles. Elle s'engage à mettre en œuvre des services urbains respectueux de l'environnement, dont un plan déchets ambitieux [...]. Elle favorisera le développement de l'économie circulaire. Elle sera amenée à agir contre les risques naturels et technologiques, les nuisances sonores et la pollution de l'air. Enfin, elle déploiera des actions en faveur de la santé et du bien-être de ses habitants »⁶. Si ces premiers relevés montrent l'importance des registres d'action et de légitimation mobilisés par ces divers acteurs, dès lors qu'ils sont replacés dans un contexte d'action plus large, ils donnent à voir des formes de mobilisation moins rationnelles que raisonnables.

1.2. La valorisation d'un engagement singulier

Appréhendée comme la « bonne » échelle spatiale de coordination de l'action publique, l'intercommunalité reste à construire dans sa capacité à s'imposer aux autres niveaux territoriaux (Lefèvre, 1998 ; Estèbe, 2004 ; Olive, 2015). En effet, les résistances locales au renforcement de la coopération communale peuvent voir les maires recourir au procédé du « double jeu » (Le Saout, 2015) : redoutant de voir disparaître une partie de leur pouvoir, ils s'appliquent à le « confisquer » en utilisant leur mandat intercommunal afin de défendre leurs attributions municipales (Desage et Guéranger, 2011). En ce sens, par la méthodologie de projet qu'il promeut, le CLS constitue un instrument privilégié pour la conduite de politiques constitutives, processuelles et partenariales. Il encourage une logique de construction de l'action publique dans laquelle la résolution des problèmes renvoie aux capacités de mobilisation, de collaboration et d'innovation des acteurs (Duran et Thoenig, 1996). Dans l'agglomération bordelaise, la décision prise par Alain Juppé et le directeur général de l'ARS fait ainsi de la scène métropolitaine l'espace où poser les fondements d'une régulation d'ensemble de l'action publique locale de santé.

³Ibid.

⁴Rapport annuel d'activité 2014, Bordeaux Métropole, p. 25 et 28.

⁵Dossier de presse, 19 décembre 2014, p. 5.

⁶Ibid.

Parce que les procédures partenariales ne dissolvent en rien les jeux de pouvoir, la question sensible de l'autonomie des communes est constamment présente dans les esprits (Jousserandot, 2001). Un travail pédagogique et d'enrôlement nécessaire à la construction de la confiance est alors immédiatement engagé. Celle-ci est une dimension essentielle de la conduite de l'action partenariale (Crawford, 2001) et, partant, de l'acceptabilité du CLS métropolitain. L'EPCI et l'ARS commandent, au titre du « diagnostic partagé », une étude visant à consulter l'ensemble des élus et des techniciens communaux en charge des questions de santé. Cette cadre de la métropole en souligne les enjeux : *« Tout le monde parle de diagnostics partagés. Nous, on ne pouvait pas faire un diagnostic partagé sur 28 communes ! Ça voulait dire 28 diagnostics par territoire ! La solution qu'on a trouvée, je pense, est une bonne solution. Elle donne une image la plus objective possible des besoins et elle rend compte des propos des uns et des autres. C'est vraiment un atout cette étude d'opportunité. Elle signifie aussi que nous-mêmes, à la métropole, on se remet en cause »*.

Destinée à identifier les axes susceptibles de faire l'objet de l'intervention métropolitaine, la démarche vise à susciter l'adhésion et à donner l'assurance que l'implication de l'EPCI s'articulera nécessairement à celle des villes. Cette étude d'opportunité est attribuée à l'IRESP afin d'établir le diagnostic des besoins des 28 communes, de connaître leurs pratiques en matière de santé et le contexte dans lequel elles se déploient, de saisir les réactions et attentes de leurs représentants face au mandatement métropolitain (IREPS, 2015). Si les agents missionnés amorcent durant les entretiens une opération d'explicitation des intentions de la métropole, les résultats de la consultation circonscrivent, d'emblée, le rôle que les élus et les agents communaux souhaitent voir jouer par l'EPCI dans un domaine déjà fortement marqué par le pluralisme des acteurs et des réseaux constitués. Les contours de cet engagement font alors apparaître la métropolisation de la santé comme le prolongement du traitement municipal de ce secteur.

Interrogés sur les avantages de l'implication de l'EPCI, élus et techniciens y voient l'opportunité de bénéficier de moyens accrus pour plus (*« amplifier l'implication des communes »*) et mieux agir (*« rééquilibrer l'action des communes »*) (IRESP, 2015 : 43). Dans un contexte budgétaire tendu, cette intervention accentue, à leurs yeux, leur capacité d'action sur des enjeux et leviers qui ne peuvent être traités par les seules communes et qui creusent les inégalités sociales et territoriales de santé. Il en va ainsi de la mise aux normes d'accessibilité des équipements recevant du public, de l'accès aux droits et aux soins, du traitement de la pauvreté et de la précarité, de l'engagement dans le champ de la santé environnementale, de l'accompagnement du vieillissement de la population ou encore de la prise en charge de la santé mentale. Élus et techniciens soulignent également la difficulté à identifier « ce qui fait problème » en matière de santé au regard des besoins en indicateurs et en expertises que cela suppose. Une action de la métropole est particulièrement attendue sur ce volet (IREPS, 2015 : 29). L'échelle métropolitaine ne correspondant pas à celle de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques sanitaire et sociale déjà engagées, les prescriptions municipales sont prégnantes. Elles positionnent l'EPCI moins en tant que protagoniste direct d'une action en santé qu'en tant que soutien des communes et coordonnateur d'une pluralité d'institutions et d'organisations faiblement intégrées (Jousserandot, 2001).

Loin d'être perçues comme une contrainte, ces expressions territoriales adressées à la métropole font émerger un modèle d'engagement empruntant les traits de l'innovation pragmatique, autrement dit d'une action publique conçue comme arrangement singulier

(Lorrain, 2007). Un tel compromis localisé lui fournit l'opportunité de se distinguer de ses homologues nationales et de s'afficher comme l'EPCI « en pointe » pour l'impulsion, la coordination et la prospection en ce domaine. L'innovation équivaut ainsi à introduire une rupture avec les modèles connus, avec l'expérience des autres (Akrich et al., 1988) : « *Le CLS de l'euro-métropole de Strasbourg n'est pas du tout construit sur le même registre que le nôtre. Il est plus proche d'un CLS d'une grande ville, en fin de compte. Pourtant, ils ont 33 communes et ils sont à 300 000 habitants. Il y a bien deux CLS distincts là-bas aussi [ville de Strasbourg et métropole], mais on sent que celui de l'euro-métropole de Strasbourg est plus opérationnel. Alors que nous, on est plutôt sur l'expertise, l'étude, la coordination, l'observation, sur de l'appui méthodologique, de l'expérimentation et de l'innovation* ».

Au bout du compte, le répertoire de discours et d'actions visant à stabiliser les comportements et à réduire les inquiétudes que suscite l'intervention d'un nouvel acteur en santé permet à la métropole d'occuper un espace laissé libre par les communes (Freyermuth, 2012). Toutefois, son engagement est adossé à d'autres types de dispositifs participatifs qui constituent autant de scènes institutionnalisées autorisant la « discutabilité » (Barthe, 2002) de la définition des problèmes publics à traiter au titre du CLS métropolitain.

2. Une entreprise politique structurée par le jeu communal

Visant à repérer et canaliser les oppositions et, finalement, à éviter d'éventuels blocages ultérieurs (Mazeaud et al., 2012), d'autres dispositifs participatifs sont déployés. Surmonter les résistances à l'innovation implique de faire la preuve que l'action métropolitaine de santé s'entend comme un gouvernement *par et pour* les communes membres et leurs habitants. L'enjeu est également de démontrer que seule l'action collective concertée est susceptible de résoudre les problèmes diagnostiqués. Parmi ceux-ci, la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé est avancée comme constitutive de la définition du bien commun métropolitain.

2.1. La subsidiarité plutôt que la dépossession

La méthode de non-agression des communes est reconduite à partir de juin 2015 dans l'objectif de formaliser les axes stratégiques du futur CLS métropolitain. Parce que promouvoir l'innovation revient à ouvrir les réseaux de l'action publique pour permettre à des problèmes peu formalisés de trouver place sur l'agenda politique et favoriser l'émergence de réponses *ad hoc* (Offner, 2000 : 149), un très large comité de pilotage (COPIL) est mis en place. Rassemblant les « membres futurs signataires », des « experts » et les représentants des services administratifs de la métropole, il est animé par la vice-présidente chargée du développement durable et le directeur général de l'ARS. Organisant des séminaires de travail et invitant les représentants des métropoles de Strasbourg et Nancy à témoigner de leur expérience en la matière, le COPIL multiplie les scènes de participation institutionnalisées et offre aux membres de la direction de l'ARS et aux conseillers et agents métropolitains l'opportunité de contrôler les intervenants sollicités, l'ordre du jour, les lieux et les cadres des interventions ainsi que le calendrier de la discussion (Blondiaux et Cardon, 2006). De telles initiatives amendent ainsi le recours à l'expertise qui permet à la métropole de pro-

duire des données de cadrage garantes des axes stratégiques, des objectifs opérationnels, des modalités de suivi et des dispositifs et procédures d'évaluation du futur CLS. En effet, outre l'étude confiée à l'IREPS, une autre est menée par l'observatoire régional de santé aquitain (ORSA) pour dresser l'état des lieux sanitaire de la population métropolitaine.

Érigé en norme contemporaine de l'action publique, toutes les formes de « l'impératif délibératif » (Blondiaux et Sintomer, 2002) sont ainsi convoquées. La scénographie, l'organisation des modalités d'échanges, le rapport différencié à la prise de parole autorisent les représentants de l'ARS et les élus à exposer au public les « bonnes raisons » réglementaires, techniques, socio-économiques et environnementales qui assoient le bien-fondé du CLS et légitiment l'intervention de l'EPCI. Les discours sont également appareillés de diaporamas qui favorisent la production et la large diffusion de schémas, statistiques et autres diagrammes visant à assurer « que l'on sait de quoi on parle » et « que les chiffres sont là » pour en attester (Rui, 2013 : 67). Parce que ce processus de concertation est amorcé *a posteriori*, autrement dit suite à l'annonce de la décision prise par le président de la métropole et le directeur général de l'ARS, il est privilégié moins pour ses principes démocratiques que pour ses vertus réparatrices. C'est ainsi que les conseillers et les agents de la métropole, associés aux chargés de mission auxquels est confiée la réalisation des études, s'emploient, en tribune et lors des séminaires, à faire la démonstration de la bonne foi métropolitaine : « *L'objet de notre étude était de questionner la pertinence de l'élaboration d'un cadre commun d'intervention entre les 28 communes membres et la métropole de Bordeaux sur l'enjeu de la santé, précise un représentant de l'IREPS lors du deuxième COPIL. On n'est pas là pour anticiper, voire shunter, le travail de négociation inhérent au CLS. On s'est vraiment focalisés sur les 28 communes qui sont les chevilles ouvrières pour la métropole, sur leur implication en matière de santé, leurs attentes aussi et sur les relations qui pourraient être construites entre ces dernières et la métropole. Donc, notre étude se situe bien en amont de la négociation et de l'élaboration partenariale du CLS.* ».

Ces dispositifs participatifs organisent la coprésence de représentants d'institutions et d'organisations diverses dans des espaces où il est question de « donner la parole ». Du côté des instigateurs, si les agents de la métropole portent une énergie et un soin particuliers à réussir cette mobilisation et à réduire l'abstention et la désaffection, élus et représentants de l'ARS, en assurant être « à l'écoute » de toutes les réactions et points de vue qui sont alors « bien notés » et « retenus », s'imposent comme les organisateurs des échanges qui se veulent neutres et impartiaux. Cette mise à distance de la politique satisfaisait les conseillers de la métropole qui, à l'occasion du conseil du 25 septembre 2015 (alors que le financement de l'étude d'opportunité du CLS métropolitain est proposé à la délibération), se félicitent que la santé soit un sujet « *sub-partisan* ». Partant, cette mise à distance autorise la construction du consensus politique en matière de santé à cette échelle.

L'asymétrie des pouvoirs entre communes et métropole n'en reste pas moins présente et les réactions des élus locaux sont parfois vives. Ainsi, dès la fin de la présentation des résultats de l'étude menée par l'IREPS, cette chargée des questions de santé d'une ville-membre de 60 000 habitants interpelle les acteurs présents en tribune afin qu'ils « *clarifient leur message* » : « *Je suis très troublée par le rapport que vous venez de nous livrer très brillamment. Les choses sont très détaillées, mais honnêtement je ne comprends pas le message ! Je vous ai écoutés très attentivement et je ne vois pas où est la réponse à nos interrogations. D'accord, le CLS métropolitain est une opportunité, mais pour qui ? Tout*

ça ne me dit pas ce que je fais dans ma commune en matière de santé! ». Ce type de réaction réactive les deux principales craintes exprimées par les élus et techniciens des villes-membres de la métropole lors de leur consultation. Celle d'abord de subir « *une dynamique verticale et centralisée* » qui ne soit pas respectueuse de l'autonomie et des spécificités communales. Celle ensuite que s'accroisse la lourdeur liée à l'organisation de la division du travail entre métropole et communes-membres, alors que ces dernières ne disposent pas toutes d'un « référent santé » et que la plupart des élus chargés de ces prérogatives ne possèdent pas de mandat métropolitain.

La restitution des résultats est alors mise à profit pour rappeler, selon un cadre métropolitain, que « *l'enjeu est de proposer des champs d'intervention de la métropole qui soient en parfaite coordination avec les stratégies municipales de santé. On est vraiment sûr de la concertation avec les communes et toutes les paroles sont bonnes à entendre. Après, évidemment, il faut trancher pour déterminer les priorités, distinguer ce qui relève de la métropole de ce qui n'en relève pas* ». Si faire participer a pour objectif de construire de l'acceptabilité et, ce faisant, de la légitimité, le processus déployé paraît moins concerner les élus eux-mêmes que les compétences sur lesquelles peut s'engager l'EPCI. *In fine*, ces réactions démontrent que la définition du contenu et du sens des compétences métropolitaines en santé n'est pas acquise. « Rendre gouvernable » (Lascoumes, 1996) l'action de la métropole en santé suppose, en effet, de rappeler qu'elle est fondée sur le principe de subsidiarité qui veut que la responsabilité d'une action publique revient à l'entité compétente la plus proche de ceux qui sont directement concernés par cette action, aussi longtemps que le niveau supérieur ne peut agir de manière plus efficace. Un agent métropolitain ne dit pas autre chose : « *L'agglomération est intéressante pour donner plus de visibilité aux communes, pour démultiplier leurs actions en santé et pour les inciter à innover. En fait, le rôle de la métropole est de mettre en valeur ce que font les communes et d'impulser des choses nouvelles dans la subsidiarité* ».

2.2. Bien commun métropolitain et transférabilité des « bonnes pratiques » communales

Par ailleurs, le recours aux procédures participatives offre aux représentants de la métropole et de l'ARS la possibilité de donner des gages de leur bonne volonté (Defrance, 1988 : 54). Il s'agit d'apporter l'assurance, complémentaire du principe de subsidiarité, que l'action métropolitaine sert le bien commun dès lors qu'elle s'inscrit dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Le caractère nécessaire de l'engagement pris au titre du CLS métropolitain est placé au cœur des échanges qui suivent la présentation des résultats des études sollicitées. Ces derniers rappellent que l'agglomération est marquée par d'importants clivages sociaux et géographiques façonnés par les échecs de la politique du logement social (Victoire, 2014 : 91). Avant la réforme de la politique de la Ville, l'agglomération regroupait 35 quartiers relevant de la géographie prioritaire et neuf ASV (localisés à Bègles, Bordeaux, Cenon, Eysines, Lormont, Mérignac, Talence, Villenave d'Ornon) très différents de par leur taille, la structure de leur population et la nature des « handicaps » qui les affectent (INSEE Aquitaine, 2011 ; Honta, 2017)⁷. Désormais, vingt « quartiers sensibles », situés sur treize des 28 communes, composent la métropole.

⁷Caisse d'Allocations Familiales de la Gironde, *Regards croisés sur la ségrégation socio-spatiale en Gironde. Analyse des migrations et des mutations résidentielles d'allocataires de la CAF en Gironde entre 1998 et 2007*.

Cette hétérogénéité territoriale des enjeux sanitaires engendre des réponses communales différenciées marquées par une forme de domination de la ville-centre. Bordeaux s'illustre par le fait qu'elle est signataire, depuis 2013, d'un CLS, démarche alors envisagée par une élue comme l'opportunité « *d'inscrire la politique de santé de la collectivité dans le marbre* ». Comme l'indique l'un de ses représentants, l'ARS ne s'y est pas opposé : « *Il n'y a que Bordeaux comme CLS à l'échelle communale. C'est bien qu'il y ait cette forte volonté de la ville, mais c'est un peu un non-sens. Le territoire visé, ce n'est pas Bordeaux, c'est la communauté urbaine de Bordeaux!* ». Le fait qu'il s'agisse de la capitale régionale, ville régulièrement engagée dans les démarches de valorisation de son action en santé (Honta et Basson, 2015), est un facteur déterminant. Le caractère exceptionnel de cette signature à l'échelle municipale atteste que l'agence reste soumise à la légitimité politique dont les maires sont dépositaires, lesquels, contrairement à ce qui relève de la rénovation urbaine, ne sont pas mutuellement substituables (Epstein, 2013 : 240). Alors que les ressources d'autorité d'Alain Juppé, figure politique majeure, orientent les échanges à son profit, l'ARS résiste à d'autres initiatives du même type, quitte à faire avorter les velléités locales (Honta et Basson, 2017).

Dans ce contexte, le maire-adjoint de Bordeaux chargé des questions de santé, également conseiller communautaire, joue de son multi-positionnement dans et en dehors du dispositif participatif. D'une part, l'arène publique constitue un espace de renforcement de sa notabilité sectorielle. D'autre part, lors du troisième COPIL, il joue de la disposition et des arrangements spatiaux : il est tantôt assis dans la salle avec les autres participants, tantôt présent en tribune aux côtés de la vice présidente de l'EPCI et des représentants de la direction de l'ARS. Enfin, les arguments dont il use témoignent de sa volonté de lever les réserves relatives à une éventuelle duplication du « modèle » bordelais à l'échelle intercommunale : « *On a une expérience à Bordeaux avec le CLS, mais ce n'est pas un modèle pour autant. On l'a mis en place pour 240 000 habitants, mais dans une métropole de 840 000 habitants et 28 communes, c'est autre chose! Pour avancer sur des bases solides, on sait qu'il faut travailler avec les communes et l'ensemble de nos partenaires. La concertation et la coordination, on y est prêt pour arrêter les axes stratégiques du CLS métropolitain* ». L'élaboration de ces derniers est alors l'occasion de dresser l'inventaire des actions développées dans la capitale régionale et de les présenter comme de possibles « *expériences à réinvestir à grande échelle* ». Ainsi est-il tentant de voir dans les objectifs affichés par le CLS en cours de construction la déclinaison métropolitaine des mots d'ordre animant les actions menées à Bordeaux depuis trois ans : « *promouvoir des environnements favorables à la santé* », « *favoriser l'adoption de modes de vie favorables à la santé* », « *réduire les inégalités sociales et territoriales de santé* », « *promouvoir la santé mentale et la participation citoyenne* », « *soutenir l'accompagnement de proximité des publics fragiles* »...

Plusieurs représentants de communes tentent pourtant d'éviter de se faire prescrire un contenu « importé » de politiques de santé en avançant leurs capacités d'expertise et d'action propres à leur permettre de s'ériger, elles aussi, en « villes modèles » (Béal, Epstein et Pinson, 2015) : « *Moi, depuis ma position de responsable de service, indique une fonctionnaire territoriale, je voudrais dire que ma ville travaille à la préfiguration d'une maison des aidants qui pourrait très bien avoir un rayonnement métropolitain* ». Ces prises de position attestent le caractère exploratoire de procédures de débat public jamais totalement contrôlées par une seule catégorie d'acteurs. Plusieurs réactions exprimées peuvent ainsi être appréhendées comme des « *exploitations tactiques* » (Barthe, 2002) que les représentants de la métropole choisissent de percevoir comme autant de signes d'adhésion à la démarche engagée.

Conclusion

Les réformes territoriales successives procèdent de la reconnaissance d'une capacité d'initiatives et d'innovations des collectivités territoriales et de leurs groupements. S'agissant des métropoles, les conditions de ce droit à la créativité restent localement à construire tant leur affirmation institutionnelle se trouve adossée à des enjeux d'identité, de ressources et de compétition politique (Offner, 2000). Dans ce contexte, la métropole bordelaise s'appuie classiquement sur la mise en œuvre et la confrontation des trois processus suivants : les pratiques et expériences exogènes ; les stratégies et ambitions territoriales ; la connaissance du contexte territorial local et les projets et stratégies locaux (Arab, 2007). S'illustrant par la coopération interinstitutionnelle engagée pour élaborer le contenu du CLS, ces processus sont autant de référents par lesquels les dispositifs participatifs cherchent à impliquer durablement l'EPCI dans ce domaine.

L'innovation institutionnelle comporte toujours des emprunts extérieurs dans la mesure où ceux qui entreprennent d'introduire des changements sont inévitablement influencés par la représentation ou la connaissance de ce qui se fait dans d'autres contextes (Delpeuch, 2016). Or, au sein de l'agglomération bordelaise, l'ambition consiste surtout à démontrer la singularité de cet engagement eu égard aux « standards » métropolitains en la matière. Cette dynamique progresse grâce à « l'affirmation des métropoles » prévue par la loi et grâce aux pratiques et arguments d'entrepreneurs (conseillers métropolitains, agents administratifs, représentants de l'ARS, de l'IRESP...) constituant autant de promoteurs de cette échelle d'action publique. Ils présentent la métropole comme le cadre privilégié d'une action solidaire en santé alors que l'engagement des communes est marqué par la disparité et que celui des autres niveaux territoriaux semble menacé par les dispositions récentes, comme la suppression de la clause générale de compétences.

Reste que des questions essentielles à l'institutionnalisation de cette entreprise d'innovation métropolitaine se posent encore. Si la réorganisation de l'organigramme est mise à profit, d'une part, pour créer un service consacré à la santé et à la qualité de vie et, d'autre part, pour désigner une vice-présidente déléguée au développement durable, par-delà la distribution des rôles entre communes et métropole, les ressources propres à l'EPCI demeurent indéterminées. Aussi, la phase d'ajustement (Négrier, 2012) entre ces dernières et ce nouveau territoire d'exercice de la compétence en santé est-elle amenée à durer dans le temps. De surcroît, en rétablissant les élus comme interlocuteurs principaux de la métropole et de l'ARS, les dispositifs de participation déployés tendent à renforcer le poids politique des espaces municipaux et à creuser, du même coup, le déficit démocratique de la gouvernance métropolitaine (Jouve, 2005).

La procédure demeure ambivalente en ce sens qu'elle permet d'ouvrir la discussion à une pluralité de représentants mais conduit, dans le même temps, à une nouvelle hiérarchisation de ces différents porte-parole au profit de la représentation politique traditionnelle (Barthe, 2002). Devant la difficulté à remettre en cause des conventions ancrées dans des dispositifs, des institutions et des modèles de relations, l'innovation à l'œuvre sur cet espace demeure de nature incrémentale. Elle prend appui sur les conventions existantes, ne cherche pas à les dépasser ou à les contester, mais seulement à apporter une variation à la marge (Gilbert, Raulet-Croset et Chemin-Bouzir, 2012 : 613-614), le respect du pacte de non-agression des communes figurant au titre des principales routines établies (Savary, 1998 ; Godier,

Sorbets et Tapie, 2009). Dans ce contexte, l'entreprise métropolitaine se trouve contrainte d'opérer au coup par coup et de renoncer, au moins temporairement, à l'avènement d'un nouvel ordre territorial en la matière (Freyermuth, 2012).

Bibliographie

- Akrich M., Callon M. et Latour B., 1988. À quoi tient le succès des innovations. Premier épisode : l'art de l'intéressement. *Annales des Mines* 11, 4-17.
- Arab N., 2007. À quoi sert l'expérience des autres? « Bonnes pratiques » et innovation dans l'aménagement urbain. *Espaces et sociétés* 131, 33-47.
- Barthe Y., 2002. Rendre discutable. Le traitement politique d'un héritage technologique. *Politix* 15 (57), 57-78.
- Basson J.-C., Haschar-Noé N. et Honta M., 2013. Toulouse, une figure urbaine de la santé publique. À propos de l'action publique municipale de lutte contre les inégalités sociales de santé. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 61 (S2), 81-88.
- Béal V., Epstein R. et Pinson G., 2015. La circulation croisée. Modèles, labels et bonnes pratiques dans les rapports centre-périphérie. *Gouvernement et Action Publique* 3 (3), 103-127.
- Bergeron H., Castel P. et Nouguez E., 2013. Éléments pour une sociologie de l'entrepreneur-frontière. Genèse et diffusion d'un programme de prévention de l'obésité. *Revue Française de Sociologie* 54 (2), 263-302.
- Blondiaux L. et Cardon D., 2006. Dispositifs participatifs. *Politix* 75, 3-9.
- Blondiaux L. et Sintomer Y., 2002. L'impératif délibératif. *Politix*, 57, 17-35.
- Clavier C. et Crespin R., 2017. Santé et politiques urbaines. *Lien social et Politiques* 78, 4-17.
- Crawford A., 2001. Vers une reconfiguration des pouvoirs? Le niveau local et les perspectives de la gouvernance. *Déviance et Société* 25 (1), 3-32.
- Defrance J., 1988. « Donner » la parole. La construction d'une relation d'échange. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 73 (2), 52-66.
- Delpeuch T., 2016. L'innovation institutionnelle : une entreprise politique à base d'emprunts extérieurs. *Quaderni* 91, 61-78.
- Desage F. et Guéranger D., 2011. *La politique confisquée. Sociologie des réformes et des institutions intercommunales*. Éditions du Croquant, Paris.
- Duran P. et Thoenig J.C., 1996. L'État et la gestion publique territoriale. *Revue française de science politique* 46 (4), 580-623.
- Epstein R., 2013. *La rénovation urbaine. Démolition-reconstruction de l'État*. Presses de Sciences Po, Paris.
- Estèbe P., 2004. Le territoire est-il un bon instrument de la redistribution? Le cas de la réforme de l'intercommunalité en France. *Lien Social et Politiques* 52, 13-25.
- Fassin D., 1998. Politique des corps et gouvernement des villes. La production locale de la santé publique In D. Fassin (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*. La Découverte, Paris, 7-46.
- Fitzgerald L. et al., 2002. Interlocking Interactions, the Diffusion of Innovations in Health Care. *Human Relations* 55 (12), 1429-1449.
- Freyermuth A., 2012. La culture dans les luttes d'institution : les fondements politiques de l'intercommunalité culturelle In V. Dubois, C. Bastien, A. Freyermuth et K. Matz (dir.), *Le politique, l'artiste et le gestionnaire. (Re) configurations locales et (dé)politisation de la culture*. Éditions du Croquant, Bellecorme en Bauges, 129-152.
- Gilbert P., Raullet-Croset N. et Chemin-Bouzir C., 2012. Innovations sociales et rationalisation budgétaire : quelles interactions entre deux logiques institutionnelles antagonistes? *Politiques et Management Public* 29 (4), 607-627.
- Godier P., Sorbets C. et Tapie G. (dir.), 2009. *Bordeaux métropole. Un futur sans rupture*. Parenthèses, Marseille.

- Honta M., 2017, Les épreuves du mandat de coordonnateur des Ateliers Santé Ville. Mutations de l'action publique et stratégies de résistance. *Sciences sociales et santé* 35 (1), 71-96.
- Honta M. and 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), 157-174.
- Honta M. et Basson J.C., 2017. La fabrique du gouvernement métropolitain de la santé. L'épreuve de la légitimation politique. *Gouvernement et action publique* 6 (2), 63-82.
- Insee Aquitaine., 2011. Quartiers prioritaires en Aquitaine : des quartiers fragiles, en situations diverses. *Aquitaine e-dossiers* 3.
- Iresp Aquitaine., 2015. *Étude d'opportunité dans le cadre de l'élaboration du Contrat local de santé de la métropole bordelaise*. Rapport final, décembre.
- Jousserandot F., 2001. Programmes innovants et action publique régionale. L'exemple des politiques de formation et d'insertion des jeunes In B. Jouve, V. Spenlehauer, P. Warin (dir.), *La région, laboratoire politique*, La Découverte, Paris, 263-277.
- Jouve B., 1998. Planification territoriale, dynamique métropolitaine et innovation institutionnelle : la région urbaine de Lyon. *Politiques et Management Public* 16 (1), 61-82.
- Jouve B., 2005. La démocratie en métropoles : gouvernance, participation et citoyenneté. *Revue Française de Science Politique* 55 (2), 317-337.
- Jouve B., 2007. « Le « Political Rescaling » pour théoriser l'État et la compétition territoriale en Europe », In A. Faure, J.P. Leresche, P. Muller, S. Nahrath (dir.), *Action publique et changements d'échelle : les nouvelles focales de la politique*. L'Harmattan, Paris, 45-55.
- Le Bourhis J-P. et Lascoumes P., 2014. Les résistances aux instruments de gouvernement. Essai d'inventaire et de typologie des pratiques In C. Halpern, P. Lascoumes, P. Le Galès (dir.), *L'instrumentation de l'action publique*, Presses de Sciences Po, Paris, 493-520.
- Lascoumes P., 1996. Rendre gouvernable : de la « traduction » au « transcodage ». L'analyse des processus de changement dans les réseaux d'action publique In CURAPP, *La gouvernabilité*, PUF, Paris, 325-338.
- Lefèvre C., 1998. Metropolitan Government and Governance in Western Countries: A Critical Review. *International Journal of Urban and Regional Research* 22 (1), 9-25.
- Le Saout R., 2015. Le resserrement du « double jeu » intercommunal des maires. *Revue Française d'Administration Publique* 154, 489-503.
- Lorrain D., 2007. L'action publique pragmatique (la gestion des biens publics et ses passions). *Revue Politique et Parlementaire* 1043, 95-104.
- Mazeaud A. et al., 2012. Penser les effets de la participation sur l'action publique à partir de ses impensés. *Participations* 1 (2), 5-29.
- Nay O., et Smith A., 2002. Les intermédiaires en politique. Médiations et jeux d'institution, In O. Nay et A. Smith (dir.), *Le gouvernement du compromis. Courtiers et généralistes dans l'action politique*. Economica, Paris, 47-86.
- Négrier E., 2012. Métropolisation et réforme territoriale. *Revue française d'administration publique* 141, 73-86.
- Offner J.M., 2000. L'action publique urbaine innovante In S. Wachter (dir.), *Repenser le territoire. Un dictionnaire critique*, Éditions de l'Aube, Paris, 139-155.
- Olive M., 2015. Métropoles en tension. La construction heurtée des espaces politiques métropolitains. *Espaces et Sociétés* 160-161, 135-151.
- Rui S., 2013. « Où donc est le danger ? Participation et usages de Foucault. *Participations* 6, 65-86.
- Savary G., 1998. La régulation consensuelle communautaire : facteur d'intégration/désintégration politique. L'exemple de la communauté urbaine de Bordeaux. *Politiques et Management Public* 16 (1), 107-138.
- Touati N. et Denis J.-L., 2013. Analyse critique de la littérature scientifique portant sur l'innovation dans le secteur public : bilan et perspectives de recherche prometteuses. *Télescope* 19 (2), 1-22.
- Victoire E., 2014. *Sociologie de Bordeaux*. La Découverte, Paris.