

**11ème Conférence Annuelle TEPP
« TERRITOIRES, ESPACES ET POLITIQUES PUBLIQUES »
25 & 26 septembre 2014 - Nantes (France)**

**Gouvernance urbaine et précarité partenariale
La conduite sous tensions de la politique de santé publique de la ville de Bordeaux**

Marina HONTA
Professeur des Universités
Université de Bordeaux
Chercheur au LACES (EA 4140)
Chercheur associé au Centre Emile Durkheim (UMR CNRS 5116)
Tél : 0556845228
marina.honta@u-bordeaux.fr

Discipline : Sociologie de l'action publique
Mots-clés : Ville, santé publique, gouvernance, partenariat

Gouvernance urbaine et précarité partenariale

La conduite sous tensions de la politique de santé publique de la ville de Bordeaux

Historiquement engagées dans la diffusion de l'hygiénisme et paradoxalement absentes des analyses de politiques de santé publique (Bergeron et *al.*, 2011), les villes ont progressivement étendu leur implication dans ce secteur en procédant, par là, à sa politisation (Fassin, 1998). Mobilisé comme une ressource de légitimité substantielle pour les titulaires des positions de pouvoir politique (Fassin, 1998), la requalification de la santé en objet d'action publique, alors qu'est mise en évidence l'importance de ses déterminants sociaux, prend notamment appui sur leurs compétences en matière d'éducation, d'action sociale, d'environnement, de transport ou d'aménagement du territoire (Basson, Haschar-Noé, Honta, 2013)¹.

Revêtant aujourd'hui plusieurs figures oscillant entre volontarisme démontré et municipalisation « discrète » ou en « trompe l'œil » (Hassenteufel et *al.*, 1998, 105 ; Clavier, 2011), cet engagement procure également aux villes un moyen d'asseoir leur intervention face à l'Etat dans un domaine pour lequel elles n'ont pas ou peu de compétences formelles (MonnerEAU, 2011). En ce sens et bien qu'elles soient appréhendées, tant par l'Etat que par les institutions internationales, comme des relais stratégiques pour la mise en œuvre des politiques de santé de par le niveau de proximité qu'elles offrent pour directement toucher les citoyens, leur autonomie accrue depuis la réforme de décentralisation soumet l'action publique sanitaire à de multiples incertitudes et attermoissements. Si le « desserrement du verrou de l'Etat » (Le Galès, 1995) permis par cette réforme a eu pour principale conséquence d'avoir contribué à l'émergence rapide de nouvelles autorités publiques revendiquant, au nom de leur liberté d'intervention, une part active dans le traitement des problèmes publics, le brouillage de leurs initiatives est aujourd'hui souligné. L'indétermination des règles de leur participation explique ainsi l'hétérogénéité des configurations d'acteurs et les tensions qui peuvent accompagner la conduite de l'action publique sanitaire (Clavier, 2009 ; Loncle, 2011 ; Honta et *al.*, 2011).

Parce que les politiques locales de santé publique, comme celles relevant d'autres secteurs, dépendent étroitement des expériences de négociation et des arrangements entre acteurs, cela pose directement la question des stratégies, des intérêts en présence, des outils et formes de régulation adoptés par les villes pour les élaborer et les mettre en œuvre (Pinson, 2010). Autrement dit, analyser leurs modalités de fabrication et d'opérationnalisation se traduit ici aussi en enjeux de gouvernance c'est-à-dire de coordination d'acteurs, de groupes sociaux, d'institutions pour atteindre des buts propres discutés et définis collectivement dans des environnements fragmentés, incertains (Le Galès, 1995). Appliquée spécifiquement aux politiques urbaines, l'analyse en ces termes pose la question pour les villes contemporaines de la capacité à intégrer et considère qu'elles sont gouvernables dans le cadre de coalitions entre acteurs publics et privés. Ceci suppose que la base productive d'une ville soit organisée politiquement de manière stable et que les canaux de médiation avec les autres catégories d'acteurs soient également pérennes dans le temps (Jouve, 2003, 81).

Ces processus, appréhendés comme hypothèses de travail, confirment l'intérêt d'étudier, au plus près des situations localisées, ces *figures urbaines de la santé publique* en tant que configurations sociales (Fassin, 1998). Chaque ville constitue, à ce titre, une équation

¹Devant cet engagement, la loi de santé publique du 9 août 2004 reconnaît la participation des collectivités locales. Dans ce cadre, elle permet d'intégrer les démarches locales de santé dans les Programmes Régionaux de Santé Publique et de renforcer ainsi leur légitimité institutionnelle.

²Ville de Bordeaux, *Avenant au Contrat Urbain de Cohésion Sociale (CUCS)*, novembre 2011, p. 40.

politique et sociale spécifique dont il faut mettre à jour les dispositifs de pouvoir et d'action collective (Gyford, 1985 ; Stone, 1989).

La contingence de ces rapports sociopolitiques plaidant en grande partie pour le développement d'études de cas empiriques et détaillées, le choix de Bordeaux, ville au neuvième rang des communes les plus peuplées en France avec ses 239 157 habitants au dernier recensement de la population, a été effectué. Affichant depuis plusieurs années un volontarisme politique dans ce secteur d'action publique, ce choix est également justifié par le fait que l'arrivée d'un nouveau maire en 1995 (Alain Juppé), succédant au précédent ayant dirigé la ville durant plus de quarante ans (Jacques Chaban-Delmas), a été accompagnée de l'affirmation, régulièrement énoncée, d'un nouveau style de gouvernance tourné vers le partenariat (Godier, Tripier, 2004 ; Victoire, 2007 ; Ségas, 2009). Il paraît intéressant de retenir ce postulat également comme hypothèse de travail afin d'appréhender les processus à l'œuvre dans le champ de la santé publique et d'interroger plus précisément les formes de « *démocratie sanitaire* » déployées dans cette ville autrement dit la manière avec laquelle les publics et/ou ceux qui les représentent ont l'occasion de s'exprimer et de participer à la prise en charge de leur santé et les professionnels l'opportunité de s'inscrire dans une démarche territoriale de santé (Secrétariat Général du Comité Interministériel des Villes, 2012).

1 – Bordeaux acteur de santé publique

Les caractéristiques socio-économiques de la ville de Bordeaux ont progressivement été mobilisées pour élaborer et justifier l'action municipale de santé publique. Juxtaposant avec ses huit quartiers des « îlots de richesse » et d'autres de pauvreté, la ville est marquée par de très importants contrastes et inégalités sociales accompagnés d'un isolement géographique façonné par les échecs de la politique du logement social (Victoire, 2007, 91), problèmes ayant trouvé, sur ce site également, leur expression dans le langage de la santé publique (Fassin, 1998, 40). Bien que la commune n'accueille pas de grands ensembles d'habitat social comparativement à d'autres métropoles, le quartier sensible, territoire ordinaire de la politique de la Ville, est devenu la principale cible de l'engagement municipal afin de réduire les inégalités sociales de santé qui s'y déploient. En ce sens, la production locale de la santé publique résulte-t-elle, ici aussi, de l'institutionnalisation d'une action collective construite avec une pluralité d'acteurs parmi lesquels l'Etat et ses représentants locaux, au cœur du dispositif de prévention et promotion à la santé et de l'action sociale, jouent un rôle essentiel.

1-1- Une récente « mise en administration » de la santé publique

Mobilisée elle aussi (Hassenteufel et *al.*, 1998 ; Basson et *al.*, 2013) et de longue date au travers de compétences traditionnelles (santé scolaire, contrôle de l'hygiène), la ville de Bordeaux a étendu son action « *en matière de santé globale* »² au début du second mandat d'Alain Juppé avec la nomination d'une médecin généraliste aux fonctions de maire adjointe chargée de la jeunesse, de la santé, de la vie associative et de la diversité³. Occupant également avant son début de mandat le poste d'administrateur du Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) et de médecin conseil de l'Assurance maladie, elle indique qu'elle a toujours été attachée au fait de « *lier les secteurs de la santé et du social* » sans pour autant disposer alors de la légitimité suffisante pour fédérer autour d'elle un réseau d'experts.

Nommée en 2001, et disposant de fait de ce « *petit pouvoir de réunir tous les acteurs du territoire* », elle parvient à convaincre le Maire de créer le Conseil local de santé en devant toutefois démontrer qu'au regard des modalités envisagées de son fonctionnement, il ne constituerait pas une charge supplémentaire pour la collectivité.

²Ville de Bordeaux, *Avenant au Contrat Urbain de Cohésion Sociale (CUCS)*, novembre 2011, p. 40.

³Elle deviendra entre avril 2008 et mars 2014, maire adjointe d'un quartier relevant de la géographie prioritaire de la politique de la Ville (le quartier de la Bastide).

Le Conseil local de santé, en représentant initialement l'une des diverses instances de concertation et de consultation destinées à marquer le changement, au moins affiché, de gouvernance du Maire après un premier mandat de concentration du pouvoir (Victoire, 2007)⁴, constituera tout d'abord « *un espace de rencontre* » avec des experts du secteur de la santé et des représentants d'institutions qualifiées de « *partenaires* » (l'Assurance-maladie, le CHU de Bordeaux, la DDASS, etc). Il a également pour mission de valoriser les ressources existantes dans le domaine de la santé – les données de l'Observatoire Régional de Santé Aquitain (ORSA) plus particulièrement - afin d'établir des diagnostics et de définir les orientations que pourrait suivre la municipalité. Ces dernières ont donné lieu à la mise en place de commissions thématiques portant sur « la nutrition », « la santé des personnes en difficultés », « la santé des jeunes » et « la prévention et le dépistage du cancer », dont l'état des réflexions étaient exposées et discutées lors des conférences locales de santé présentées comme « *des temps forts organisés avec les partenaires, les professionnels, les associations* » et les habitants que « *l'on essayait de mobiliser au maximum* »⁵.

D'instance de consultation et de concertation, le Conseil local de santé s'est progressivement vu confier ensuite des missions et un mode de fonctionnement relevant d'un service administratif classique, processus renforcé avec le recrutement d'abord d'un puis de trois agents. En collaboration avec d'autres services municipaux tels que ceux de la santé scolaire et de la restauration, le Conseil local de santé va principalement développer des actions d'éducation à la santé en direction de bénéficiaires dont, au nom de leur bien être, il s'agit de voir modifier les comportements. La politique municipale de santé publique repose ainsi et fortement sur la diffusion de recommandations et de repères au moyen d'instruments aux contenus plus ou moins normatifs : plaquettes, ateliers, manifestations, tests de dépistage du surpoids, composition des menus des cantines scolaires, etc.

Au delà de cette « mise en administration » de la santé publique et des collaborations inter-services, la production municipale de la santé publique s'institutionnalise également au travers de la construction de partenariats avec plusieurs catégories d'acteurs procurant diverses ressources à la collectivité, ressources mobilisées tant pour l'élaboration que pour la mise en œuvre de son action sanitaire.

1-2- L'institutionnalisation de l'action collective

Les élus locaux n'étant pas les dépositaires exclusifs des enjeux sanitaires et sociaux et ne pouvant produire à eux seuls une politique en la matière dans la mesure où ils ne disposent pas de l'ensemble des ressources pour le faire, la ville de Bordeaux, comme beaucoup d'autres villes, a fait appel à divers opérateurs de proximité afin d'agir au plus près des usagers. Les associations, centres d'animation et les écoles constituent ainsi les principaux partenaires de l'action municipale.

Parmi les collaborations, celles construites avec l'Etat et ses relais locaux déployant dans ce secteur d'action publique des politiques qualifiées de constitutives ayant pour ambition de fournir une solution à la coopération en proposant de façon peu coercitive des scènes d'action plus ou moins durables dans le temps (Duran et Thoenig, 1996), sont également engagées. Invitant les acteurs sociaux dont les collectivités territoriales à participer à la mise en œuvre des divers programmes de santé publique déclinés à l'échelle régionale, la ville de Bordeaux

⁴Dès son élection en 1995, Alain Juppé s'est entouré d'une équipe composée de 34 personnes et composant son cabinet, personnes gouvernant en interne, « marquant » les élus et ayant engagé une réforme de l'administration municipale (Victoire, 2007, 77).

⁵Ces travaux se sont également concrétisés par la création et la diffusion d'un « guide santé » à l'échelle de la ville.

devient, en 2004, la première de la région Aquitaine à adhérer à la charte « Villes actives » du Programme National Nutrition Santé (PNNS), cette spécificité expliquant sa position de ville pilote dans le comité girondin de pilotage de ce programme (Honta, Haschar-Noé, 2011)⁶. Si cette adhésion, faiblement contraignante pour la collectivité, n'est pas mécaniquement suivie de l'attribution de financements, elle lui procure toutefois des ressources importantes.

La politique devenant plus symbolique, les élus et agents administratifs rencontrés, au même titre que dans d'autres collectivités (Haschar-Noé et *al.*, 2012), soulignent que cette démarche opère comme un facteur de valorisation et de justification *a posteriori* des décisions adoptées dans le secteur de la nutrition et plus généralement dans celui de la santé publique. Ainsi « officialisées », elles se trouvent, de fait, entérinées par une « puissance légitimante ». Pour la ville de Bordeaux, membre du réseau « Villes santé » de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il est alors question d'asseoir et de renforcer la (re)connaissance de cet engagement tant au sein de la collectivité qu'à l'extérieur. Atout supplémentaire de cette *bio-légitimité* autrement dit de cette reconnaissance sociale accordée à la gestion politique des corps (Fassin, 1998, 40), le label « Ville active » confère une lisibilité aux initiatives menées et permet à la collectivité d'afficher une préoccupation pour la santé des administrés à moindre coût (Bergeron et *al.*, 2011).

Au delà de ces ressources symboliques, les collaborations engagées à travers ce programme régional ont permis à la ville de disposer de résultats d'expertises réalisées sur la santé des enfants du primaire et ce faisant, de mieux cibler son action. Dans le cadre de l'évaluation du dispositif, des enquêtes ont effectivement été réalisées à partir notamment des données relatives aux bilans de santé effectués par les médecins du Rectorat et ceux du service de santé scolaire de la collectivité⁷. Ses représentants ont donc été destinataires des conclusions de ces études, expertise sur laquelle ils s'appuient régulièrement pour orienter et justifier l'action menée :

« La coordinatrice du programme régional est très présente, elle était membre de la commission et puis même on se voit régulièrement, on est en contact. La ville de Bordeaux est copilote du volet Gironde du programme régional... donc on a des temps de rencontre et d'échange dans ce cadre-là, on se passe des infos, assez régulièrement (...). De fait, on travaille beaucoup dans les quartiers dits prioritaires et puis de toute façon c'est là que l'on a, par exemple au niveau de la santé scolaire, des indicateurs les plus défavorables. De toute façon c'est sur ces quartiers que l'on a tendance à plus s'investir (...). Les médecins scolaires ont des indicateurs en matière de surpoids entre autres, sur la nutrition et la sédentarité, elles ont des données aussi sur le nombre d'enfants qui pratiquent une activité physique, donc ça permet en effet de cibler les écoles et les quartiers prioritaires par rapport à ça. Ils ont les bilans à trois ans, à cinq ans, à huit ans, ils suivent les enfants comme ça tout au long du primaire et donc ça leur permet, en effet, de repérer quand il y a un risque ou un problème de surpoids. Ensuite, ils doivent d'abord informer le médecin traitant et font la proposition à la famille de contacter le Repopp » (un agent de la collectivité).

Ces constats ont ainsi participé à l'extension des missions du Conseil local de santé et à ce que des actions soient prioritairement et spécifiquement menées au profit des jeunes et des

⁶Le programme « Prévention, Nutrition, Santé des Enfants et des Adolescents en Aquitaine » alors coordonné par la DRASS et l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) et dont la maîtrise d'œuvre a été confiée à un médecin pédiatre alors en poste à l'Institut de Santé Publique, d'Épidémiologie et de Développement (ISPED) de l'Université de Bordeaux.

⁷Une première conduite en 2004-2005 auprès d'un échantillon d'élèves de CE2 a permis de décrire les habitudes alimentaires des enfants scolarisés dans le 1^{er} degré et de guider les actions menées dans le cadre du dispositif. Une seconde, menée en 2007-2008, a eu pour objet d'établir la prévalence de surpoids et d'obésité chez les élèves de grande section de maternelle (5-6 ans).

familles les plus démunies et vulnérables résidant dans les quartiers concentrant les plus grandes difficultés. Son rattachement à Direction du développement social urbain (DDSU) chargée du pilotage et du suivi des actions relevant du Contrat Urbain de Cohésion Sociale (CUCS), entérine, ce faisant, la volonté d'articuler l'action sanitaire de la collectivité à son action sociale. Cette imbrication, largement diffusée par ailleurs (Hassenteufel et *al.*, 1998), s'explique aussi par les effets d'aubaine dont est porteuse la politique de la Ville.

1-3 - Un engagement municipal articulant le sanitaire et le social

La politique de la Ville, reposant sur une démarche de projet et un instrument contractuel entre l'Etat et les collectivités territoriales, a également pour objectif la construction d'une approche à la fois transversale, territoriale et participationniste des politiques publiques nécessaire à la résolution, notamment, de problématiques de santé. A ce titre, « le cinquième pilier » de cette politique publique doit garantir le fait que les actions soient ancrées dans une conception plus large incluant les déterminants de la santé, en particulier les déterminants sociaux. Dans ce cadre et au delà des dispositifs déployés à l'échelle communale, la ville de Bordeaux développe une approche de la santé qualifiée de « *territorialisée (infra-communale)* » à travers des opérations relevant des deux ateliers santé ville (ASV)⁸, dispositif permettant d'assurer une programmation d'actions de santé publique territorialisée au sein des quartiers prioritaires en prenant en compte les besoins spécifiques des populations. La méthodologie du travail partenarial inhérente à leur mise en place ainsi que les objectifs de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé qui la légitiment, ont également accompagné le développement de programmes dans d'autres quartiers prioritaires (Bordeaux sud, le Grand Parc, Bordeaux nord).

Cette échelle du quartier est unanimement perçue dans cette ville comme le territoire pertinent pour impliquer plus durablement les acteurs de terrain aussi bien lors de l'étape de diagnostic que pour la concrétisation des projets. En ce sens, des actions portant sur le sommeil, l'hygiène bucco – dentaire, la parentalité, les addictions, l'alimentation et l'activité physique, l'accès aux droits et aux soins, la souffrance psychosociale ont elles été menées en collaboration avec les associations, centres médico – scolaires et professionnels de santé mobilisés dans ces quartiers. Complémentairement à cela, l'organisation de manifestations publiques et ponctuelles (Fraich'Attitude, Bouge ta santé, Grand parcours santé sport, journées bien être, *etc.*), constitue également un axe important d'intervention de la collectivité. L'extrait d'entretien qui suit reflète plus généralement combien la mise en œuvre de ces actions s'appuie sur (voire dépend de) la légitimité de nature « pragmatique » des acteurs de proximité, opérateurs dépositaires d'une compétence tirée du contact avec les « réalités » et les « épreuves » du terrain :

« Les commissions thématiques elles existent de moins en moins parce qu'en fait, elles travaillaient à l'échelle de la ville donc finalement on se trouvait avec beaucoup d'experts sur les questions et peu de professionnels de terrain qui sont quand même les personnes relais quand on met en œuvre les actions. Ce sont eux concrètement qui mettent, qui déclinent de façon opérationnelle les projets. Donc en fait on a développé de plus en plus des actions de quartier, des projets de territoire. Et sur les quartiers c'est beaucoup avec des animateurs de centres de loisirs, des conseillères en économie sociale et familiale des centres sociaux, des enseignants. Sur les quartiers on est beaucoup plus avec des personnes de première ligne vraiment et pas avec des spécialistes de la santé, avec des acteurs de santé mais qui ne sont

⁸Présents sur les quartiers du Lac depuis janvier 2008 et de la Bastide - Benauges depuis mars 2009. Ces quartiers sont inscrits dans le CUCS de Bordeaux en quartier de priorité 1 et sont également classés en Zone de redynamisation urbaine (ZRU) par le décret n°96-1157 du 26 décembre 1996. Depuis 2008, celui de la Bastide – Benauges est également l'un des 215 quartiers qui relevait de la « Dynamique Espoir Banlieue ».

pas professionnels de santé » (un agent municipal).

Plus généralement, cette instrumentation proposée par la politique de la Ville pour la mise en place des ASV est jugée précieuse aussi bien par les élus que par les agents du Conseil local de santé car elle leur procure, certes une méthodologie, mais aussi des moyens humains et financiers nécessaires à l'établissement de diagnostic et à l'animation de projets partagés et concertés. Les crédits en provenance de cette politique ont effectivement permis le recrutement de la coordinatrice des ASV, poste étant financé par la collectivité et l'Agence nationale pour la Cohésion Sociale et l'égalité des chances (ACSé) :

« C'est le label atelier santé ville qui nous permet d'obtenir ces financements et d'avoir la coordinatrice avec nous. Parce que l'on mène, par ailleurs, d'autres projets de quartiers qui ne sont pas labellisés santé ville, du coup c'est moi qui les anime, donc j'ai moins de temps à consacrer. Le diagnostic il va beaucoup plus vite, on arrive plus vite à une phase de mise en œuvre d'actions... mais on n'a pas ce fameux label atelier santé ville, donc il n'y a pas de financement particulier... » (un agent de la collectivité).

Ainsi et au titre des missions qui sont les leurs, les agents du Conseil local de santé cherchent à imposer ce service comme l'acteur de l'organisation des ressources plus particulièrement dans sa capacité à animer un réseau opérationnel local et le partenariat public/privé. L'enjeu est ici autant un enjeu de coordination que de gestion et de mobilisation des acteurs organisés (autres services ou directions internes à la collectivité, services de l'Etat, ARS, associations, écoles, professionnels de santé, etc) afin de constituer des systèmes d'acteurs pérennes. Cependant, bien que fréquemment sollicitées, la participation de ces partenaires ne va pas de soi. Un tel constat pose de fait la question de l'intégration des scènes locales et des réseaux d'acteurs mobilisés, question essentielle sur un territoire où la production locale de la santé publique est fortement dépendante tant des institutions publiques que des groupes d'intérêts.

2 – Une gouvernance pluraliste et fragmentée de la politique locale de santé publique

Le Conseil local de santé est composé d'acteurs porteurs d'une conception transversale et globale de l'action sanitaire, ces derniers étant convaincus de l'intérêt de tisser des réseaux entre les services, les élus, les différentes catégories de partenaires et la population. Ils sont toutefois contraints, dans ce secteur également, par des « systèmes d'interdépendances clivés » (Godier et Tapie, 2004).

2-1- Un décloisonnement intersectoriel problématique

A l'échelle de la collectivité, l'apparition d'une culture du projet favorisant l'émergence de dispositifs transversaux est contrariée par la résistance au changement de certaines cultures professionnelles et par un intérêt très variable pour l'éducation et la promotion à la santé des responsables des divers services. Si la volonté de décloisonner le travail administratif est clairement exprimée par les représentants du Conseil local de santé dans la mesure, par ailleurs, où ils déclarent ne « *pas pouvoir tout porter* », ils soulignent la complexité d'un tel processus encore en construction au sein de la collectivité. En ce sens, ce service a progressivement diversifié ses actions en tenant compte toutefois de celles exercées par d'autres directions. Tout l'enjeu ici est pour lui de « *faire sa place tout en restant à sa place* », processus qui a d'abord semblé construit « par défaut » et ne pas découler d'une concertation aboutie :

« La difficulté aussi c'est que l'on avait du mal, nous, à travailler en interne avec le pôle senior qui met en place ses actions, ses propres actions sur la nutrition dans les clubs seniors,

etc., on a eu du mal à travailler ensemble. Ce n'est pas très pertinent de faire des actions dans notre coin et eux dans le leur. Donc finalement, petit à petit, on s'est beaucoup centré sur la nutrition des enfants, la prévention en direction du public jeunes et des parents. Ça paraissait vraiment très pertinent d'agir dès le plus jeune âge... » (un agent administratif).

Parce que les agents des divers services et directions se connaissent finalement peu, le travail participatif en interne existe incontestablement mais demeure à géométrie variable. Ces difficultés font que les agents du Conseil local de santé, comme ceux de chacune des Directions ou services, soutiennent leurs propres opérateurs – qui parfois peuvent également être les mêmes - lorsque des initiatives visant l'éducation et la promotion à la santé sont proposées.

Si ces éléments figurent au titre des difficultés évoquées pour élaborer et mettre en œuvre une action intersectorielle, la perspective de la signature du Contrat Local de Santé (CLS)⁹ avec l'ARS d'Aquitaine a récemment participé de ces décloisonnements. Bien qu'il soit trop tôt pour apprécier si cette dynamique aura des effets durables, cette échéance contractuelle, ayant permis aux agents du Conseil local de santé de constater que « *depuis dix ans, on multiplie les actions sans pour autant réfléchir au projet global, à la politique de santé de la ville* », a en effet été conçue comme une fenêtre d'opportunité afin de mobiliser les différents services et directions autour d'une réflexion collégiale :

« C'est grâce au CLS qu'on peut envisager une transversalité, que ce soit sur l'environnement, l'habitat ou les autres déterminants de santé. Cela se faisait au coup par coup en travaillant avec un centre médico-scolaire ou avec le service des crèches sur une mise en place effective d'une action bucco-dentaire ou pour l'accès aux droits. C'était au coup par coup, pour une action et un objectif précis, mais pas une transversalité macro. Là, avec le CLS, j'ai l'impression que les deux niveaux se rejoignent, qu'on est en convergence entre le descendant et le montant » (un agent municipal).

Reste que ce processus de décloisonnement semble peu stabilisé tant chaque changement paraît le remettre en question. Suite aux dernières élections municipales en effet, une nouvelle distribution des responsabilités a été réalisée avec la nomination d'un adjoint au maire en charge de la santé et des seniors et d'une adjointe au maire chargée de la cohésion sociale et territoriale, ces fonctions étant précédemment assurées par une seule adjointe. Si l'on peut ici formuler l'hypothèse que cette configuration favorise la corresponsabilité politique de l'engagement de la collectivité dans les secteurs sanitaire et social, les travaux d'O. Borraz (1995) ont également montré que la spécialisation des adjoints au maire pouvait également leur permettre de dégager des marges d'autonomie sources de fragmentation de l'action municipale. Au moment où ces nouveaux élus débutaient leur mandat, la coordinatrice des ASV avouait se sentir « *tiraillée* » entre la politique de santé d'une part, la politique de la Ville de l'autre.

Plus globalement et pour une élue, cet engagement contractuel avec l'ARS apparaît aujourd'hui comme essentiel. Il consacre « *l'inscription dans le marbre de l'engagement de la*

⁹Invitées à soutenir les capacités de mobilisation des acteurs locaux et à reconnaître leurs compétences et ressources, les ARS peuvent conclure, notamment avec les villes, des CLS portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soin et l'accompagnement médico-social. Cet instrument d'action publique vise à mettre en cohérence le projet stratégique des ARS avec les politiques menées par ces collectivités afin d'améliorer l'état de santé des populations et de réduire des inégalités sociales de santé, cette démarche devant en outre s'inscrire dans la durée (3 ans).

collectivité dans le domaine de la santé», engagement qui serait ainsi moins « *élu dépendant* », autrement dit moins exposé à un portage politique pouvant être très variable d'un élu et/ou d'un mandat à l'autre. Le champ de la santé, relevant d'abord d'une compétence de l'Etat, souffre, dans cette collectivité comme dans d'autres, d'un « sous investissement politique » (Demeulemeester, 2013). L'un des élus rencontrés avoue son regret que « *le secteur de la santé ne suscite pas de passion au sein de la collectivité dans la mesure où il m'a toujours été rappelé que ce n'est pas une compétence des communes* », argument mobilisé également sur de nombreux autres territoires (Monnereaud, 2011).

Outre ces aspects, l'analyse de la concertation et du partenariat témoigne sur Bordeaux, comme ce peut être le cas ailleurs, de la difficulté parfois d'innover pour mobiliser durablement les composantes « de la société civile ».

2-2- Une gestion collective de la santé fragilisée par la précarité et l'instabilité des opérateurs

S'agissant des acteurs au titre desquels figurent les associations, les professionnels de santé, les centres sociaux et d'animation, une forte hétérogénéité d'engagement est constatée, cette diversité pouvant ainsi participer de la construction ou du renforcement des inégalités sociales et territoriales de santé.

Pour ce qui est plus précisément des acteurs associatifs, l'analyse de la variabilité de leur mobilisation nécessite de dépasser les seules interactions construites avec la ville de Bordeaux et de la replacer dans les chaînes d'interdépendances multiples dans lesquelles ces opérateurs sont engagés afin d'apprécier au mieux les modes d'un gouvernement multi - niveaux de la santé publique qui rejaillissent, immanquablement en retour, sur l'action municipale et peuvent la fragiliser. Ces derniers sont effectivement exposés à des problématiques similaires et récurrentes car, pour la grande majorité, ils restent largement tributaires de fonds publics qui s'obtiennent essentiellement par le biais d'appels à projets. Les responsables associatifs doivent ainsi se conformer à l'objet du financement précisé dans ces appels, ceci les plaçant en concurrence pour leur obtention. Les rivalités entre opérateurs présents dans les quartiers en sont alors exacerbées (Loison-Leruste, Hély, 2013). :

« Je ne sais pas si on vous a donné la liste des personnes qu'on avait touchées par cette action, mais il y en avait un très grand nombre (...). Le Centre social, quand ils ont su qu'il y avait cette activité, ils en ont fait une aussi avec les mêmes conditions : 1 € par séance. Non, mais c'est les guéguerres, je vous le dis. Il y en a moins parce que les autres associations sont un peu dissoutes, mais le centre social ne nous a jamais aidés. Il ne faut pas croire. Ils ne voyaient pas l'intérêt que nous ça fonctionne et qu'eux ça ne fonctionne pas. C'était trop de batailles, trop d'énergie à dépenser » (une salariée d'association).

Plus généralement, la lourdeur administrative ressentie localement pour obtenir ces financements s'est révélée rédhitoire tout particulièrement pour les associations ne disposant que de peu de personnels, et/ou de personnels eux-mêmes en situation d'emploi précaire, pour renseigner les dossiers et maîtriser l'ingénierie que requiert la réponse à ces multiples appels. Ceux recrutés notamment par le biais de contrats aidés (contrat adulte relais, contrat d'accompagnement dans l'emploi, etc) n'entrevoient, au regard des ressources de la structure qui les a employés, que peu de perspective de stabilisation de leur emploi :

« On vit de subventions... Là aujourd'hui, on bataille pour le financement de mon poste. Malgré qu'on ait un plan d'accompagnement des adultes relais, c'est très fragile. Tout est

fragile. Là, ça va faire dix ans que je travaille à l'association et voilà, je suis au point de départ parce que c'est précaire » (une salariée d'association).

« J'apprends énormément, mais en même temps, ce poste, beaucoup de gens s'y sont épuisés aussi. Je pense que ça, c'est ce qu'on retrouve dans tout le secteur associatif, on dépend des financements publics et au final, la chose que je peux en tirer, c'est aussi qu'on passe plus de temps à, comment dire, se justifier de nos projets, à essayer de les vendre, et à essayer de récolter des sous qu'à en faire. Voilà, il n'y a pas de temps pour le reste. Ça, c'est une précarité assez folle » (une salariée d'association).

Ces aides restent en outre limitées dans le temps et ne sont pas systématiquement reconduites. Le fait que les crédits soient généralement attribués sur le principe de l'annualité budgétaire, que leur montant soit limité, est non seulement source d'incertitudes quant à la pérennité des aides mais a renforcé aussi parfois le découragement des porteurs de projet et les inégalités territoriales de prise en charge des problèmes publics. Le décalage temporel existant entre la période où sont versées les aides et le calendrier concret de l'action des opérateurs ajoute enfin aux difficultés ressenties :

« Ce qui est difficile c'est le jonglage car tous les appels à projets sont étalés sur l'année au final. L'appel à projets qu'on lance en février, on va demander un coût de financement en septembre. Le projet a évolué parce que peut-être une autre idée est venue, on a affiné en tout cas notre projet, du coup, il faut revenir en arrière, on ne s'en sort jamais, quoi. C'est des lenteurs et des lenteurs et des lenteurs. Là, je n'ai même pas encore fini certains appels à projets pour l'année 2013 sachant qu'on est en juin 2013. On pourra être subventionné sur des actions qu'on est censé déjà avoir menées. Et par exemple avec la mairie, il faut que je fasse celui pour 2014. Enfin voilà, ça me prend la tête quoi. Et en même temps, je sais qu'il y a un autre appel à projets de la CPAM et je suis en train de justifier encore des financements de 2012 alors que je n'étais pas là ! ».

Du côté des professionnels de santé, il ressort sur ce territoire comme ailleurs (Devictor, 2014, 8), une méconnaissance mutuelle de leurs compétences et de leurs champs d'action. Rarement en contact les uns avec les autres, ils éprouvent de réelles difficultés pour se mobiliser dans une démarche partenariale telle qu'initée par les ASV faute, notamment, de disponibilité :

« Chacun est indépendant, en fait, il n'y a pas du tout de coordination. Il n'y a pas d'équipe. Il y a l'atelier santé-ville, tout le monde essaie de vouloir travailler ensemble, mais finalement personne ne travaille ensemble (...) et on n'avance pas » (une professionnelle de santé).

Ainsi, la mobilisation disparate et/ou ponctuelle de ces acteurs rend la stabilisation et la pérennisation de l'action partenariale extrêmement complexes à assurer par les agents du Conseil local de santé condamnés à compter avant tout sur un « réseau de fidèles ». Dans cette ville également, la diversité des intervenants et de leurs pratiques ainsi que la précarité liée aux modalités actuelles de financement¹⁰ et de reconnaissance des acteurs associatifs sont source de turn-over et donc d'instabilité des équipes. Elles ne permettent pas, ce faisant, d'asseoir un socle solide de compétences en matière de santé publique (Corlay, Kiour, 2014,

¹⁰Les modalités de soutien des opérateurs associatifs par plusieurs ARS dont l'ARS Aquitaine sont en cours d'évolution dans la mesure où les dispositifs d'appels d'offre « ne convenaient à personne ». Ils sont progressivement remplacés par des dialogues de gestion qui précèdent l'établissement de conventions pluriannuelles d'objectifs (CPO).

22).

Si ces éléments fragilisent incontestablement la gestion collective de la santé publique sur ce territoire, d'autres facteurs relevant des récentes réformes engagées ajoutent à l'incertitude.

2-3- Des évolutions institutionnelles reconfigurant l'espace local et partenarial de la santé publique

La politique de santé de la ville de Bordeaux est aujourd'hui exposée à des évolutions tant institutionnelles que relatives aux configurations d'acteurs en présence. Les changements d'adjoints au maire issus des élections municipales, la réforme de la politique de la Ville et les négociations à venir avec les équipes municipales et intercommunales renouvelées sur les futurs contrats de ville (2015-2020) se substituant aux CUCS, celle liée à la modernisation de l'action publique et à l'affirmation des métropoles (MAPAM)¹¹, accentuent son caractère aléatoire (Hassenteufel et *al.*, 1998). Au moment où ont été effectués les derniers entretiens¹², quatre principales zones d'incertitude émergeaient.

La coexistence dans cette ville d'un volet santé du CUCS représenté par les deux ASV et d'un CLS, a impliqué, à l'heure où devait être défini le contenu des « fiches action » suite à la signature du contrat cadre avec l'ARS¹³, de trouver les modalités d'articulation (fonctionnelle et financière) entre les deux dispositifs. Si la fusion des deux comités de pilotage a été réalisée en partant du principe qu'il est difficile d'animer séparément deux dispositifs qui ont des finalités proches - le CLS élargissant le périmètre d'intervention des ASV- reste que l'imbrication entre les deux démarches et la distribution des rôles entre les coordinatrices (du CLS et des ASV), posaient encore question :

« Pour l'animation du Contrat Local de Santé, il y a plusieurs échelles : il y a le bureau, l'équipe projet, il y a le comité interservices. Il y a l'équipe projet, là je n'y suis pas et encore mais j'ai été quand même invitée pour la première réunion ce qui nous a valu avec X. des explications parce que moi je ne savais pas trop ce que je venais faire là, quelle était ma position. Est-ce que je venais apporter un éclairage ? Quand je posais des questions, je voyais qu'on ne me répondait pas. Je ne comprenais pas trop. Ça nous a valu des réajustements entre collègues » (la coordinatrice des ASV).

Si ces « réajustements » au sein même du Conseil local de santé témoignent des tâtonnements voire des difficultés inhérents à l'adoption d'un mode d'animation et de gouvernance locale des CLS, d'autres interrogations, plus prégnantes celles-ci, portent sur la répartition des financements entre les deux dispositifs et plus généralement sur les moyens mobilisables à l'avenir afin de pérenniser les actions menées tant au titre des ASV que du CLS. La méconnaissance globale de ces informations essentielles, méconnaissance largement diffusée par ailleurs chez les élus et personnels territoriaux craignant ce faisant de se voir attribuer de manière déguisée une compétence qu'ils exercent de manière facultative (Delaplanque, 2012), représente l'une des principales zones d'incertitude. Ces questions de financements pourtant majeures pour construire le partenariat induit par la notion même de contrat, instaurent un sentiment ambivalent de la part acteurs locaux quant à l'existence et à la pérennité des engagements de l'ARS sur une base pluriannuelle. Un tel constat montre également que les collectivités sont elles-mêmes exposées à des problématiques similaires de financement que les opérateurs :

« On se coltine depuis le GRSP et maintenant encore, des campagnes de financement. Selon

¹¹Loi n° 2014-58 du 27 janvier 2014.

¹²En mai 2014.

¹³Elaboré afin que l'ARS et les collectivités territoriales puissent discuter à partir d'une trame commune.

l'ampleur de nos projets, ça représente quatre ou cinq jours équivalents temps plein de remplissage de dossiers sans compter les bilans de l'année précédente. Donc de rentrer dans cette démarche de contrat pluriannuel... Mais ils ont dit juste CPO, mais ça n'engage pas de crédit, obligation de financement. Alors je suis curieuse de voir... A priori, il y a un vrai M derrière, il y a des vrais moyens, une vraie enveloppe à négocier derrière, mais c'est à montrer... Je pense que ça va nous apporter un gain de temps en matière de coordination et d'animation qu'on pourra passer ailleurs... même si, bien sûr, il faudra rendre des comptes. Mais au-delà de l'effet d'opportunité et du recentrage des priorités, ça va nous faire gagner un temps précieux et administratif tout en clarifiant ce qu'on fait réellement vis-à-vis de l'ARS ».

En outre et alors que l'accès aux droits sanitaires et sociaux, aux soins, à l'éducation et à la prévention à la santé, est présenté comme « *un enjeu majeur dans les quartiers populaires* »¹⁴, la loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine¹⁵ n'aborde qu'en creux les questions de santé. Tout au plus sait on que les futurs contrats de ville reposeront sur trois piliers : la cohésion sociale, le cadre de vie et le renouvellement urbain, le développement de l'activité économique et de l'emploi¹⁶. Ceci questionne l'avenir des ASV et des crédits que les collectivités obtiennent à ce titre :

« Le vrai risque, c'est un siphonage des dynamiques politiques de la Ville et notamment des ASV au profit des CLS. Pourquoi ? La première raison, c'est qu'il n'y a pas de financement d'ingénierie des Contrats Locaux de Santé qu'on enverra sur la politique de la Ville. On demande à d'autres de travailler sur les CLS et petit à petit, les crédits se réduisent sur les ASV et les élus se demandent même s'il y a un intérêt de maintenir les ASV » (un agent de la collectivité).

A ceci s'ajoute enfin le fait que la question de la pluralité des échelles territoriales pose désormais débat. Alors que le périmètre des deux ASV cible les actions sur les quartiers prioritaires, la contractualisation engagée avec l'ARS Aquitaine au titre du CLS l'est, elle, à l'échelle de la commune et le futur contrat de ville sera négocié et signé avec la Communauté Urbaine de Bordeaux (CUB), future Métropole. Si les agents de la Direction de la Santé publique à l'ARS s'interrogent aujourd'hui sur la possibilité d'élaborer des « *avenants métropolitains* » afin d'étendre le périmètre du CLS à l'agglomération, les représentants de la collectivité s'inquiètent non seulement des compétences qui seront celles de la Métropole en matière de santé et de la manière avec laquelle seront déterminés, au profit des communes, « *les droits de tirage* » des crédits du futur contrat de ville. Le fait ici que le maire de la ville ait, suite aux élections municipales, récupéré son mandat de président de la CUB ne saurait suffire à rassurer les acteurs en présence demeurant dans une position, pour l'heure, attentiste.

Conclusion

Le cas de la ville de Bordeaux montre que l'ajustement des finalités, la concertation sur les objectifs et sur les moyens des projets à mener au titre de la santé publique, restent des processus encore à construire. En outre, la nature même des programmes mis en œuvre rend

¹⁴Convention d'objectifs 2013-2015 entre le ministère des Affaires sociales et de la Santé et le ministère délégué à la Ville, 19 avril 2013.

¹⁵Loi du 21 février 2014.

¹⁶Au chapitre de la cohésion sociale, le contrat de ville devra prévoir les mesures de soutien aux équipements sociaux, culturels, sportifs, et aux associations assurant le lien social sur le territoire. Il devra assurer un investissement supplémentaire des partenaires du contrat de ville dans les domaines de l'éducation, de la santé et de la justice.

les représentants de la collectivité dépendants de tiers (services de l'Etat, ARS, opérateurs publics et associatifs, professionnels de santé, etc.), ceci confirmant notamment qu'une analyse en terme de gouvernance urbaine aurait tord d'ignorer l'action de l'Etat et de ses services ou établissements tant la production locale de la santé publique ne peut être appréhendée sans tenir compte des politiques nationales (Jouve, 2003, 70).

Aussi, derrière la triple hétérogénéité des intérêts, des initiatives élaborées et des réseaux d'acteurs qui caractérise l'action publique analysée ici, la tension entre fragmentation et mise en cohérence demeure prégnante. En raison de stratégies d'élus politiques et d'agents de services administratifs souhaitant conserver leurs prérogatives et leur autonomie d'action, de la fragmentation organisationnelle et de la variabilité d'engagement des partenaires de la collectivité tant au sein d'un même quartier que d'un quartier à l'autre, des réflexes individualistes d'acteurs associatifs se considérant de plus en plus en concurrence pour la captation des aides publiques, la gouvernance urbaine des politiques de lutte contre la sédentarité peut ainsi renforcer les inégalités de santé à l'échelle d'un même territoire.

Ainsi, la difficulté voire l'incapacité pour la collectivité à produire une politique intégrée en la matière, difficulté qui ne remet toutefois pas en cause son volontarisme politique, résulte à la fois de cette implication en ordre dispersé des différents participants mais aussi de la segmentation de l'administration municipale elle-même insuffisamment coordonnée. A l'heure où la future loi de santé envisage de produire un « choc de coordination et de responsabilisation » (Devictor, 2014), de tels constats méritent attention.

Bibliographie

Basson J.C., Haschar-Noé N., Honta M., 2013, Toulouse, une « figure urbaine de la santé publique ». A propos de l'action publique municipale de lutte contre les inégalités sociales de santé, *Revue d'Epidémiologie et de santé publique*, 61(2), 81-88.

Bergeron Henri et al., 2011, Un « entrepreneur privé de politique publique ». La lutte contre l'obésité, entre santé publique et intérêt privé, *Revue française de science politique*, 61(2), 201-229.

Borraz O., 1995, Politique, société et administration : les adjoints au maire à Besançon, *Sociologie du Travail*, 37(2), 221-248.

Clavier C., 2009, Les élus locaux et la santé : des enjeux politiques territoriaux, *Sciences Sociales et Santé*, 27(2), 47-72.

Clavier C., 2011, La santé publique, un enjeu politique local ? La politisation des politiques publiques en France et au Danemark, *Revue internationale de politique comparée*, 18(4), 13-27.

Corlay D., Kiour A., 2014, *Stratégie Nationale de Santé. Synthèse des débats régionaux*, Inspection générale des affaires sociales.

Delaplanque M., 2012, Les Contrats Locaux de Santé : point de vue des villes. Retour sur l'enquête du Réseau français des Villes – Santé sur les CLS. Actes du colloque *Villes, CLS et inégalités sociales de santé*, Université de Saint-Quentin-en-Yvelines, 21 juin 2012.

Demeulemeester R., 2013, En France, l'éducation pour la santé marque le pas. Cause ou conséquence d'un sous-investissement politique ?, *Santé publique*, 2, 93-99.

Devictor B., 2014, *Le service public territorial de santé. Le service public hospitalier. Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé*.

Fassin D., 1998, Politique des corps et gouvernement des villes. La production locale de la santé publique. In Fassin D. (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*. Paris, La Découverte, 7-46.

Godier P., Tripier G., 2004, *Recomposer la ville. Mutations bordelaises*. Paris, L'Harmattan.

Gyford J., 1985, The Politisation of Local Government. In Loughlin, M., Gelfand, M.D., & Young, K. (eds), *Half a century of municipal decline : 1935-1985*. London, Allen and Unwin, 75-97.

Haschar-Noé N (dir.), Basson J-C, Honta M et al., 2012, *Sociologie d'une politique préventive de santé publique. Le programme national nutrition santé à l'épreuve de la territorialisation en Aquitaine, Midi-Pyrénées et Nord-Pas de Calais*, rapport pour le compte de l'Institut de recherche en santé publique, Université Paul Sabatier, Toulouse, 540 p.

Hassenteufel P., Le Bihan-Youinou B., Loncle-Moriceau P., Vion A., 1998, L'émergence problématique d'une nouvelle santé publique. Forums d'action publique et coalitions de

projets à Rennes et à Brest. In Fassin D. (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*. Paris, La Découverte, 84-109.

Honta M., Haschar-Noé N., Sallé L., 2011, La fabrique des territoires de santé publique en France. Une analyse comparée de la mise en œuvre du Programme National Nutrition Santé en Aquitaine, Midi-Pyrénées et Nord-Pas-De-Calais, *Cahiers de géographie du Québec*, numéro thématique Géographie de la santé, 55(156), 379-397.

Honta M., Haschar-Noé N., 2011, Les politiques préventives de santé publique à l'épreuve de la territorialisation : l'introuvable gouvernance régionale du Programme national Nutrition santé en Aquitaine, *Sciences Sociales et Santé*, 29(4), 33-62.

Jabot F., Loncle P., 2010, Politiques locales. In Fassin D., Hauray B. (dir.), *Santé publique. L'état des savoirs*. Paris, La Découverte, 372-382.

Jouve B., 2003, *La gouvernance urbaine en questions*. Paris, Elsevier.

Le Gales P., 1995, Du gouvernement des villes à la gouvernance urbaine, *Revue française de science politique*, 45(1), 57-95.

Loison-Leruste M., Hély M., 2013, Des entreprises associatives en concurrence : le cas de la lutte contre les exclusions. In Hély M., Simonet M., *Le travail associatif*. Paris, Presses Universitaires de Paris Ouest, 191-207.

Loncle P., 2011, Les disparités locales de mises en œuvre des politiques sociales et de santé en faveur des jeunes vulnérables, *Pouvoirs Locaux*, 90, 69-74.

Monnereaud L., 2011, Pouvoirs locaux et santé : construction de compétence ou déconstruction de compétences ? Observation de l'intervention des collectivités et pays aquitains en matière de santé. In Chérubini B. (dir.), *Agir pour la promotion de la santé. Une politique ouverte à l'innovation ?*, Toulouse, Erès, 77-97.

Pinson G., 2010, La gouvernance des villes françaises. Du schéma centre – périphérie aux régimes urbains, *Pôle Sud*, 32, 73-92.

Secrétariat Général du Comité Interministériel des Villes, 2012, *Référentiel national des Ateliers Santé Ville*, BO Santé – Protection sociale – Solidarité, 2012/4 du 15 mai, 359-383.

Ségas S., 2009, La production de l'agglomération bordelaise par la littérature savante, 1995-2005. In Godier P., Sorbets C., Tapie G., *Bordeaux métropole. Un futur sans rupture*, Marseille, Parenthèses, 16-33.

Stone, C.N., 1989, *Regime Politics : Governig Atlanta. 1946-1988*. Lawrence Kan, University Press of Kansas.

Thoenig J.C., Duran P., 1996, L'État et la gestion publique territoriale, *Revue française de science politique*, 46(4), 580-623.

Victoire E., 2007, *Sociologie de Bordeaux*. Paris, La Découverte.

Annexe 1 : Méthodologie de l'étude

L'enquête réalisée a consisté à analyser les dispositifs de santé publique élaborés par cette collectivité. Parce que l'appréhension de la santé publique que nous adoptons consiste, ici aussi, à prendre en compte de manière globale les configurations sociales et locales où se mêlent les élus politiques, les techniciens (agents de services administratifs, professionnels de santé, *etc*), les associations, les agents de l'Etat mais aussi le cadre législatif et réglementaires organisant ces questions (Fassin, 1998, 9), 27 entretiens semi-directifs ont été effectués auprès de ces diverses catégories d'acteurs afin d'apprécier les dynamiques à l'œuvre sur ce territoire :

- des représentants de cette collectivité territoriale (élus politiques et agents de divers services administratifs),
- des opérateurs associatifs et professionnels relevant de divers secteurs (santé, sport, action sociale, éducation),
- des représentants de l'ARS d'Aquitaine (direction de la santé publique) et services déconcentrés de l'Etat mobilisés dans ce secteur (DDCS, DRJSCS, DRAAF, *etc*).

Le contenu des entretiens a été analysé manuellement afin de repérer les constantes. Une opération de codage a été réalisée à partir de l'élaboration d'une grille de catégories construite autour des thèmes du guide : les logiques d'intervention respectives des acteurs mobilisés et le mode (individuel et/ou collectif) de travail adopté sur la manière de traiter les problèmes de santé publique, les représentations de l'action partenariale construite et dans laquelle ces opérations s'insèrent.

Ces informations ont été complétées par un recueil de plusieurs sources directement ciblées sur le cas étudié : documents (plaquettes, chartes, *etc*) réalisés par les acteurs locaux, bilans d'activités, outils construits, articles de presse. A ceci s'est ajouté un traitement de la littérature (académique, rapports publics, presse) produite sur la gouvernance de la santé publique afin de conforter l'analyse des résultats.