

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Aronowitz R., 1998, *Making Sense of Illness: Science, Society, and Disease*, Cambridge, Cambridge University Press, U.K.
- Aronowitz R., 2015, *Risky Medicine: Our Quest to Cure Fear and Uncertainty*, Chicago, University of Chicago Press.
- Bacchi C., 2009, *Analysing Policy: What's the Problem Represented to Be?* Frenchs Forest: Pearson Australia.
- Davis A.B., 1981, *Life insurance and the physical examination: A chapter in the rise of medical technology*, Bulletin of the History of Medicine, 55, 392-406.
- Hausman B., 1995, *Changing Sex: Transsexualism, Technology and the Idea of Gender*, Durham, Duke University Press.
- Jordan-Young R., 2016 (2011), *Hormones, sexe et cerveau*, traduit par Odile Filod, Paris, La Découverte.
- Krieger N., Sidney S., 1996, *Racial discrimination and blood pressure: the CARDIA Study of young black and white adults*, American Journal of Public Health, 86, 10, 1370-1378.
- Krieger N., 2005, *Stormy weather: Race, gene expression and the science of health disparities*, American Journal of Public Health, 95, 12, 2155-2160.
- Lupton D., 2013, *Risk*, 2nd ed., New York, Routledge.
- Meyerowitz J., 2002, *How Sex Changed: A History of Transsexuality in the United States*, Cambridge, Mass, Harvard University Press.
- Rothstein W.G., 2003, *Public Health and the Risk Factor: A History of an Uneven Medical Revolution*, Rochester, NY, University of Rochester Press.
- Springer K.W., Stellman J.M., Jordan-Young R., 2012, *Beyond a catalogue of differences: A theoretical frame and good practice guidelines for researching sex/gender in human health*, Social Sciences and Medicine, 74, 11, 1811-1824.

Les épreuves du mandat de coordonnateur des Ateliers santé ville. Mutations de l'action publique et stratégies de résistance

Marina Honta*

Résumé. L'évolution des fondements du gouvernement urbain de la santé menace la préservation du mandat des coordonnateurs des Ateliers santé ville chargés de l'articulation des programmes locaux de santé publique. Les conditions précaires d'emploi qui sont parfois les leurs ne suffisent pas à expliquer la fragilité de leur positionnement professionnel. Les modalités complexes de structuration de l'action publique, les incertitudes quant au stock de ressources financières désormais disponibles et les tensions entre intervenants au sein des quartiers prioritaires, constituent des facteurs déterminants. Face à ces épreuves, les stratégies de légitimation qu'ils déploient pour rendre visible leur activité et s'allier des porte-parole de leur utilité sociale ne leur confèrent pas toujours la reconnaissance attendue.

Mots-clés : coordonnateurs, mandat, santé publique, réformes.

* Marina Honta, professeur de sociologie, Bordeaux ; chercheur au Centre Émile-Durkheim (UMR CNRS 5116), membre de la Fédération de Recherche Santé Publique, Société (FR SPS) de l'Université de Bordeaux France ; marina.honta@u-bordeaux.fr

« Parce que les habitants vivant dans les zones urbaines sensibles sont en moins bonne santé que leurs concitoyens, parce que ces besoins de santé dans les territoires les plus fragiles sont criants, parce que ces besoins appellent une réponse de proximité, parce que les élus se sont engagés volontairement, parce que les crédits de droit commun ne suffisent pas pour faire suffisamment levier, la santé doit rester un des piliers obligatoires de la politique de la ville » (1).

Cette prise de position des représentants de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville (ASV) fait écho à l'ensemble des incertitudes engendrées par une série de réformes qui questionnent la dynamique impulsée par la politique de la ville. Reposant sur une démarche de projet et un instrument contractuel spécifique entre l'État, les collectivités territoriales et leurs groupements, cette dernière a pour objectif la construction d'une approche à la fois transversale et territoriale des politiques publiques nécessaire à la résolution, notamment, de problématiques de santé. À ce titre, ce qui est communément nommé « *le cinquième pilier* » de cette politique publique doit garantir le fait que les actions s'ancrent dans une conception large incluant les déterminants de la santé, en particulier sociaux. Les ASV, créés en 1999 à l'initiative du Conseil interministériel des villes (CIV) et rendus opérationnels par une circulaire (2) conjointe de la Délégation interministérielle à la ville (DIV) et de la Direction générale de la santé (DGS) le 13 juin 2000, consacrent cette approche sociale des problèmes sanitaires (Fassin, 1998). Définis dans ce même texte comme « *le lieu de la coordination des acteurs en vue de l'élaboration d'un diagnostic partagé des problèmes à traiter, de l'adoption et de la mise en œuvre d'un programme d'actions concertées, de leur réalisation et d'une évaluation régulière des résultats obtenus* », la démarche combine les enjeux propres à la territorialisation des politiques de santé à ceux de l'intersectorialité des déterminants de la santé. À cette fin, les ASV ont structuré le volet « santé » des contrats de ville (2000-2006) puis des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS, 2007-2014).

Cette instrumentation proposée par la politique de la ville pour la mise en place des ASV a, sur de nombreux territoires, favorisé l'émergence et/ou le renforcement de figures urbaines de la santé publique (Clavier, 2009 ; Fassin, 1998 ; Honta et Basson, 2015). Institutionnalisant le partenariat entre l'État, les villes et leurs groupements, ces derniers

(1) Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville. Communiqué. *Pour que la santé reste un des piliers de la politique de la ville*, avril 2013.

(2) Circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des ateliers « santé-ville ».

l'ont en effet jugée précieuse car elle a permis de bénéficier de crédits spécifiques pour l'établissement de diagnostics, l'aide à la concertation, l'animation et la mise en cohérence de programmes en santé publique. Afin d'assurer ces fonctions, la circulaire prévoit aussi que des coordinateurs peuvent être recrutés, leur poste étant alors et le plus souvent financé conjointement par la collectivité et l'État via une convention pluriannuelle signée avec le préfet de département ordonnateur des crédits de l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (ACSé). Amenés à proposer un soutien méthodologique pour créer des outils adaptés aux projets de santé et mobiliser les compétences existantes localement, le texte précise enfin qu'il est « *souhaitable* » que ces professionnels disposent de connaissances sur les techniques en matière de santé publique et plus précisément de travail en réseau. Le mandat de ces agents suppose ainsi de savoir enrôler et composer avec des partenaires multiples et ce, dans des espaces urbains et professionnels particulièrement fragmentés. Alors que la question de la gouvernabilité des villes constitue un programme de recherche en fort développement (Jouve et Lefèvre, 1999), les ASV doivent aussi constituer le point de rencontre entre des professionnels appartenant à des segments et des mondes sociaux différents, mondes correspondant à autant de discours et de pratiques spécifiques (Bucher et Strauss, 1961 ; Cresson *et al.*, 2003).

Si ces éléments confirment que la coordination est également devenue le maître mot des politiques de santé (Robelet, 2008), les travaux centrés sur ces intermédiaires de l'action publique que sont les coordinateurs ASV demeurent peu développés au contraire de ceux portant sur les autres métiers de la politique de la ville (réussite éducative, médiation sociale, sécurité et prévention de la délinquance) ou de la santé. Ils revêtent pourtant une intéressante dimension heuristique.

Au croisement des politiques de la ville et de santé publique, ces agents, comme tout groupe professionnel, sont directement exposés aux recompositions de l'action publique en la matière. Jamais neutres du point de vue de la distribution du pouvoir, les réformes redistribuent les ressources et les responsabilités, les charges et les contraintes entre les parties prenantes de l'action publique au bénéfice de certaines d'entre elles et au détriment d'autres (Epstein, 2013). La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) de 2009, la récente réforme de la politique de la ville ajoutée à la loi relative à la modernisation de l'action publique et à l'affirmation des métropoles (2014), ne dérogent pas à la règle. Plusieurs de leurs dispositions transforment les modes actuels d'organisation, de financement et de mise en œuvre du gouvernement urbain de la santé. Ce faisant, elles interrogent tant les formes et le contenu qui seront donnés à l'action collective en la matière que le stock des ressources disponibles

pour l'élaboration et la mise en œuvre des projets sanitaires alors que « l'effet d'aubaine » constitué par les crédits spécifiques de la politique de la ville se tarit.

Parce que ces évolutions constituent autant de rebondissements que de revers potentiels pour la stabilisation de la démarche des ASV, une enquête (Annexe) a été menée, entre 2014 et 2015, auprès des coordonnateurs ASV en poste (ou l'ayant été) sur cinq villes de l'agglomération bordelaise afin de saisir comment ils perçoivent le devenir de leur mandat (*Tableau I*). Les conditions précaires d'emploi qui sont parfois les leurs ne suffisent pas à expliquer qu'ils demeurent dans un statut incertain et fragile. Les modalités complexes de mise en cohérence des politiques nationales et territoriales et l'érosion des ressources disponibles en constituent des facteurs tout aussi déterminants. Alors que leur mandat est clairement menacé, les stratégies individuelles et collectives de légitimation professionnelle qu'ils déploient visent, ici aussi, à démontrer leur capacité à mobiliser leurs partenaires de travail pour faire aboutir et rendre visibles des projets de santé publique (Schweyer et Campéon, 2008). La position ambivalente des élus locaux à l'égard du secteur de la santé et les tensions entre intervenants au sein des quartiers n'en garantissent aucunement le succès.

Des transformations de l'action publique qui menacent l'exercice et la pérennité du mandat

En favorisant l'émergence du métier de coordonnateur ASV, la politique de la ville a constitué l'une des sources de légitimité professionnelle pour ces agents. Leur mandat est en effet présenté comme « primordial » (3) car, sans leur mobilisation, l'objectif du développement et de la stabilisation de la démarche partenariale fixée par l'État pour réduire les inégalités sociales de santé, ne pourrait être atteint. Ainsi, la valorisation de leur travail et la consolidation de leur poste et de leurs fonctions apparaissent-elles comme des « facteurs de réussite » (Mannoni, 2008 : 214). Or, et bien que les caractéristiques socio-économiques des habitants des quartiers dans lesquels sont localisés les ASV dans l'agglomération bordelaise aient été mobilisées pour définir et surtout justifier les objectifs de justice

(3) Référentiel national des ASV, 2012, p. 7. Haut Conseil de la Santé publique. Avis relatif à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Place des Ateliers santé ville, 20 mars 2013.

sociale de l'action municipale de santé (*Tableau II*), les transformations de l'action publique font que la décision de consolider (ou pas) ce dispositif se « joue » désormais au croisement de logiques de coopération, coordination et compétition orchestrées par divers ministères, les villes et l'intercommunalité.

Des dispositifs contractuels en concurrence

Les formations initiales des coordonnateurs diffèrent sensiblement même s'ils ont majoritairement suivi un cursus dans le champ des sciences humaines et sociales. Si ces filières ne les ont pas tous acculturés aux catégories de la santé publique, leurs choix de formation professionnelle leur ont permis par la suite d'homogénéiser leurs savoirs et savoir-faire en la matière. Aussi sont-ils convaincus de la nécessité d'adopter une conception globale et intégrée de l'action en santé publique. Ils soulignent tout autant l'intérêt d'une démarche partenariale dans la mesure où les villes ne sont pas dotées de l'ensemble des compétences en la matière, que les difficultés de la mener à bien tant ils doivent composer avec le jeu complexe d'une fragmentation institutionnelle et contractuelle. À ce titre, la loi « HPST », en portant création des ARS, les invite à soutenir les capacités de mobilisation des acteurs locaux et à reconnaître leurs compétences et ressources. Les ARS peuvent alors conclure, notamment avec les villes et leurs groupements, des Contrats locaux de santé (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 ainsi à mettre en cohérence le projet stratégique des ARS avec les politiques menées localement afin d'améliorer l'état de santé des populations et de réduire les inégalités sociales de santé. Ces objectifs étant déjà ceux des ASV dans les quartiers prioritaires, cette loi et les textes les plus récents à ce sujet (4), en y ajoutant des dimensions processuelle et constitutive (Duran et Thoenig, 1996), font du territoire le lieu de définition et d'opérationnalisation de ces étapes et renvoient aux acteurs régionaux et locaux la responsabilité de procéder à l'articulation entre les deux démarches (ASV et ARS). Ces textes cherchent, ce faisant, à inscrire l'action locale en santé dans les politiques de droit commun des diverses institutions publiques.

(4) Circulaire n° SG/CGET/2014/376 du 5 décembre 2014 relative à l'intégration des enjeux de santé au sein des contrats de ville.

Cette territorialisation renforcée des politiques de santé, censée étendre les partenariats locaux, révèle plutôt le caractère cloisonné, voire concurrentiel, de ces deux dispositifs. De telles dispositions ont en effet, dès l'annonce du projet de loi, suscité des craintes car elles ont été perçues comme une menace potentielle de suppression des crédits spécifiques de la politique de la ville, menace questionnant directement l'avenir des ASV et le cofinancement des postes de coordonnateurs dont le « référentiel métier » demeure encore en construction (Mannoni, 2004) : « *Nous sommes en train de fonder une nouvelle génération de professionnels de la santé publique au niveau des territoires, chose que nous n'avons jamais eue en France jusqu'à présent. Nous avons cette opportunité et le défi est aussi là : un enjeu d'emploi, de dynamique territoriale. Au niveau du microéconomique local, s'il s'avère que les ASV partent, je ne vois pas qui va pouvoir prendre leur place et dire : nous allons vous payer des équivalents plein temps d'animateurs* » (5).

Sur les territoires enquêtés, la co-existence d'un ASV et d'un CLS a impliqué de trouver, en interne dans la collectivité, des modalités d'articulation fonctionnelle 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 — l'imbrication entre les deux démarches et la distribution des rôles entre coordonnateurs du CLS et des ASV, posent encore question. Sans remettre en cause le CLS, une coordonnatrice regrette toutefois de ne pas être associée à la dynamique partenariale qu'il engage dans l'une des villes, ceci confirmant les tâtonnements, voire les difficultés, inhérents à l'adoption d'un mode commun d'animation et de gouvernance locale de ces contrats (Haschar-Noé et Salaméro, 2014). Ce dispositif suscite plus généralement un sentiment ambivalent, voire critique, de la part des coordonnateurs ASV. Comme d'autres catégories de professionnels des secteurs de la sécurité, de l'éducation ou de la médiation sociale (Le Goff, 2005 ; Malochet, 2002), ils s'interrogent sur l'efficience et le caractère véritablement opérateur de ces instruments contractuels en matière de structuration des projets locaux : « *Je ne vois pas le CLS comme une opportunité mais comme du formalisme, je ne vois pas de valeur ajoutée pour les publics,*

(5) Propos de Didier Febvrel lors de la restitution en plénière des ateliers relatifs aux stratégies du développement local de la santé publique. Compte-rendu de la rencontre *Politique de la ville et santé publique : une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé*, du 6 au 8 octobre 2008 à Bordeaux, Paris, les éditions de la DIV, p. 112.

pour les acteurs. Tout ça est à géométrie extrêmement variable mais il y a quand même beaucoup de CLS qui sont des copier-coller de choses existantes, du moins des documents construits à partir d'autres documents. Puisqu'on se lance là-dedans dans la collectivité, je vais m'y mettre de bon cœur mais ensuite, avec du recul, je ferai l'analyse. Ce n'est pas magique cette histoire et je ne peux parler que de la démarche de la délégation territoriale que je connais. Alors, inviter les différents opérateurs, qui se sentent obligés de venir, pourquoi ? Parce que c'est l'ARS et que l'ARS est le financeur. Donc, les directeurs des assos, des organismes de prévention de ci, de ça, ils participent à ces rencontres. On établit des fiches actions sur des projets prioritaires. Ces fiches actions, où est-ce qu'elles sont aujourd'hui ? Elles sont dans les tiroirs, dans les dossiers des administrateurs. Ça a le mérite, je pense pour l'ARS d'avoir répondu à son cahier des charges, point. Pour être honnête, ce que j'entends au sein de la DT ici, c'est juste : "on le fait, parce qu'on doit le faire" mais ça ne va pas plus loin que ça ».

Une seconde catégorie d'interrogations, tout aussi prégnantes, porte sur la répartition des financements entre les divers dispositifs contractuels et plus généralement sur les ressources mobilisables à l'avenir afin de pérenniser les actions menées au titre des ASV. La méconnaissance globale de ces informations représente une incertitude substantielle. Face à celle-ci, les coordonnateurs n'envisagent pas le CLS comme un outil susceptible d'apporter des ressources qui se substituerait aux crédits chaque année moins importants, par ailleurs, de l'ACSé (désormais Commissariat général à l'égalité des territoires – CGET) et qui consolideraient les acquis de la démarche des ASV au niveau, cette fois-ci, du droit commun tel que cela est souhaité (Joubert et Mannoni, 2009). Au contraire, cette méconnaissance fait que le CLS est plutôt perçu, là encore, comme concurrençant directement l'existence des ASV : « *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 CLS 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* ».

Ces incertitudes quant au maintien de ces crédits spécifiques sont exacerbées désormais par les dispositions de la réforme de la politique de la ville qui pose de nouvelles bases de financement des contrats, ciblés, par ailleurs, sur une géographie prioritaire resserrée.

L'épreuve des changements d'échelle

Dans la continuité des réformes précédentes, le gouvernement a consacré l'intercommunalité comme lieu de régulation des sociétés contemporaines partant du fait que c'est à cette échelle que se posent la plupart des problèmes économiques et sociaux et, par définition, la responsabilité de les appréhender (Jouve et Lefèvre, 1999). En ce sens, et lorsque tel n'était pas encore le cas comme sur l'agglomération bordelaise où les CUCS liaient les villes et l'État, l'élaboration des futurs contrats de ville se fera désormais à ce niveau. Ceci implique d'engager des négociations entre équipes municipales et intercommunales récemment renouvelées sur le contenu de ces contrats. À ce sujet, 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* » (6), la loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine n'aborde qu'en creux les questions de santé. Tout au plus est-il précisé que les 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'emploi (7). Il appartient donc aujourd'hui aux acteurs intercommunaux de définir les termes de « *l'effort de solidarité locale* » (8) attendu à l'égard des quartiers prioritaires et la manière dont les communes membres auront « *droit de tirage* » aussi bien sur les crédits spécifiques de la politique de la ville que sur ceux des engagements pris au titre des politiques de droit commun. Ces processus suscitent négociations et compromis dont les résultats demeurent encore très imprévisibles.

Au-delà de ces modalités techniques et surtout politiques de redistribution de moyens qui restent à définir, une autre source d'incertitude et de réflexion émerge d'une décision prise par le président de la Métropole, Alain Juppé, qui souhaite désormais que soit signé un contrat métropolitain de santé. Sur l'agglomération bordelaise en effet, alors que le périmètre des ASV cible les actions menées sur les quartiers prioritaires, la contractualisation engagée avec l'ARS Aquitaine au titre du CLS l'est, elle, à l'échelle de la seule commune de Bordeaux et les axes du contrat

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

(7) Au 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 dans les domaines de l'éducation, de la santé et de la justice.

(8) Loi du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine.

de ville sont négociés avec la Communauté urbaine de Bordeaux (CUB) qui a adopté le statut de métropole en janvier 2015. Dans ce contexte et plus généralement dans le cadre des réflexions relatives à l'élaboration des axes du futur contrat de ville, réflexions organisées par les représentants de la mission « politique de la ville » de la métropole, les coordonnateurs ASV ont été conviés à participer aux travaux de l'atelier « Prévention de la délinquance, santé ». Les conclusions de ces derniers, rappelant que la métropole « ne se substituera pas aux ASV » (9), précisent à ce jour « *un certain nombre d'orientations ou de domaines d'interventions* » dans lesquels elle pourrait s'engager (cadre de vie, mobilité, activité physique ; santé mentale ; promotion, prévention de la santé, addictions, vaccinations ; l'accès aux soins et aux droits ; bien vieillir, habitat). Ces informations, encore très floues, ne permettent aucune projection quant à leurs futures modalités de mise en œuvre. Ces éléments suggèrent que la définition du contenu et du sens des compétences qui pourraient être celles de la métropole en matière de santé ne sera pas d'emblée donnée comme acquise. Cela soulève également et directement la question de la future reconnaissance de la métropole en tant que territoire de référence dans le secteur de la santé publique comme dans bien d'autres (Jouve et Lefèvre, 1999). En ce sens, s'il est régulièrement montré que le renforcement de l'intercommunalité n'aboutit que rarement à un processus de dé-légitimation ou d'évidement des communes tant ces dernières continuent à instrumentaliser les compétences statutairement retenues par les groupements, les coordonnateurs n'évoquent pas le déploiement de telles stratégies défensives de la part des villes. Eux-mêmes disent ne pas s'opposer à ces changements d'échelle qu'ils perçoivent, pour certains, comme « *une chance* » de traiter les inégalités sociales et territoriales de santé par la mutualisation des moyens. Toutefois, parce que ce processus de définition de la distribution du travail entre communes et métropole nécessitera du temps, parce que l'ensemble de ces transformations « *en train de se faire* » de l'action publique n'ont pas encore produit tous leurs effets, l'horizon professionnel de ces agents apparaît brouillé. Quels que soient leur statut, leur rattachement institutionnel ou la variété de leurs missions — celles des attachés étant plus diversifiées que celles des agents contractuels —, la question de l'érosion, voire du déclin, de leur mandat est, comme l'indique cette fonctionnaire territoriale, posée : « *Ma hiérarchie s'interroge sur le fait de continuer à avoir une politique de santé si la métropole s'im-*

(9) Plus généralement, la circulaire du 5 décembre 2014 déjà citée suggère des missions que les groupements de communes pourraient confier aux ASV dans le cadre de cette nouvelle contractualisation.

plique dans ce secteur. Mon DGA me dit même que mes missions santé vont disparaître ». Si pour elle, un désengagement de la ville peut se traduire par un redéploiement ou un resserrement de missions, les propos d'un autre coordonnateur résument parfaitement et plus généralement les incertitudes en cascades soulevées par tous ces changements : « *La subvention de l'ACSE a diminué depuis trois ans et depuis trois ans, il est signifié qu'elle ne permet plus de payer le salaire. Or, l'ACSE devait payer ce qu'on appelle l'ingénierie sociale, c'est une réalité qu'on ne peut pas nier. Eux-mêmes à l'ACSE, ils ne savent pas comment ça va évoluer après 2015. Localement, parce que le CCAS doit verser un peu plus du coup, c'est compliqué. Par ailleurs, on est passé avec les évolutions de la géographie prioritaire d'un quartier politique de la ville de 5 000 habitants à 2 000. Pour le quartier de veille, on nous demande de réduire le budget, d'aller de plus en plus vers le droit commun avec de moins en moins de crédits spécifiques. Et puis, il y a aussi toutes ces questions de nouvelle gouvernance avec tous les fantasmes qui se développent : "la CUB va tout englober, tout va disparaître". Et puis dernièrement, on nous dit "mais non non ! Les communes qui ont une compétence santé et des coordonnateurs ASV ou CLS deviendront prestataires de services et mettront les coordonnateurs au service des communes qui n'en ont pas". Il y a des choses complètement contradictoires et on ne sait pas du tout où on en est ! C'est un changement complet de paradigme, un flou total et on craint d'être sacrifié au passage !* ».

Comme dans les autres métiers de la politique de la ville et plus généralement du travail social (De Maillard et Faget, 2002 ; Ion, 1996 ; Jeannot et Goodchild, 2011), si les dispositions réglementaires favorisent l'émergence de celui de coordonnateur ASV en entrecroisant deux logiques de professionnalisation (action selon des savoirs et des savoir-faire spécifiques) et d'institutionnalisation (mandatement par un acteur institutionnel), désormais, c'est le découplage entre ces deux processus qui semble se dessiner. Alors que la professionnalisation de ces agents s'est renforcée par le déploiement de processus là encore similaires à ceux d'autres secteurs (Divay, 2009 ; Le Goff, 2005) — diversification des filières de formations en santé publique, mobilisation d'organisations nationales telles que la Délégation interministérielle à la ville (DIV), Profession banlieues s'entourant de chercheurs afin notamment de mieux définir le « référentiel métier » de coordonnateur ASV, la Plateforme nationale des ASV ou le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) —, les recompositions de l'action publique paraissent plutôt consacrer l'inflétrissement de la logique d'institutionnalisation. Si le resserrement de l'action de l'État qui se dessine ici confirme que la source de légitimité professionnelle conférée par les politiques publiques

n'est jamais totalement stabilisée, les coordonnateurs ne disposent pas non plus de la garantie qu'ils pourront la construire au sein de leur configuration de travail.

La difficile fabrication de la visibilité et de la crédibilité de l'engagement

Les coordonnateurs ont tous cerné l'enjeu que représentait la maîtrise de leurs relations à l'environnement pour forger la reconnaissance de leur utilité sociale. Or, l'exercice de leur rôle d'intégrateur est ambigu car son succès dépend très largement de leur capacité à mobiliser ces acteurs tiers dont les modalités d'engagement sont hétérogènes et jamais acquises. Les modalités d'engagement des élus locaux et des intervenants des secteurs sanitaire et social étant essentielles à la préservation du mandat des coordonnateurs, c'est par une légitimité cognitive et fondée sur des compétences relationnelles que ces derniers tentent, eux aussi, de composer avec des logiques d'action politique et professionnelle en bien des points distinctes (Douillet et De Maillard, 2008 ; Schweyer et Campéon, 2008).

L'épreuve de la problématique politisation de la santé publique

Alors que la légitimité professionnelle des coordonnateurs pourrait se fonder sur leur statut d'agent de la fonction publique, les attachés territoriaux, comme les agents contractuels, déplorent leur absence de positionnement politique et stratégique stabilisé et le fait que de nouvelles prises de position à leur sujet, le plus souvent impossibles à anticiper, peuvent se dessiner au gré, notamment, des changements d'équipes municipales. Cette instabilité, symptomatique des contradictions affectant les politiques locales de santé (Fassin, 1998 ; Honta et Basson, 2015 ; Loncle, 2009), bouscule la légitimité même de ces agents qui est ainsi exposée à de constantes redéfinitions. Plus généralement, leur rapport au politique repose sur des stratégies d'association teintées de méfiance qui expliquent que la question de la reconnaissance de leur identité professionnelle, comme pour les policiers municipaux (Malochet, 2002), se pose à double sens : le degré de légitimité que les coordonnateurs octroient au maire et plus généralement aux élus est indissociable du degré de légitimité que ceux-ci leur accordent. Les agents tendent à d'autant mieux considérer les élus que ceux-ci les considèrent bien, instaurent proximité et confiance,

respectent leur autonomie fonctionnelle, conditions qu'ils estiment eux aussi indispensable à l'exercice du mandat (Jeannot et Goodchild, 2011). Dès lors, si la nature de la structure d'accueil du coordonnateur et du portage de l'ASV (CCAS, association ou service d'une ville) peut conférer plus ou moins de légitimité aux activités engagées (Mannoni, 2004), les professionnels rencontrés indiquent qu'elle dépend d'abord de la manière avec laquelle les élus locaux se font (ou pas) les porteurs de cause de leur action. En ce sens, leur propre position au sein de l'organigramme communal, variée selon les localités, leur permet d'entretenir des relations plus ou moins directes avec les élus. Cette proximité différenciée au politique constitue une variété d'opportunités, fortes seulement pour quelques-uns (les deux directeurs adjoints du CCAS et attachés territoriaux), de « plaider la cause » d'un engagement durable dans le secteur de la santé. Reste que cela ne le garantit en rien. Dès lors, les coordonnateurs estiment que les maires ne participent que peu à la construction de leur légitimité professionnelle alors qu'elle recouvre, au même titre que pour les médecins inspecteurs de santé publique, un réel enjeu pour exercer une influence auprès de leurs partenaires de travail (Schweyer et Campéon, 2008). Certains les accusent même de faire obstacle à cette reconnaissance. L'un d'eux, en effet, indiquant d'emblée que son « *CDD sera renouvelé en avril 2015 et pour une durée de neuf mois compte tenu du contexte actuel qui n'est pas favorable au maintien de ces dispositifs* », ajoute que « *dans la mesure où expliquer ce que je fais c'est très compliqué, la légitimité est à gagner. Et sans la collectivité, c'est absolument impossible* ».

Face à ces difficultés, tous insistent sur le colossal travail de persuasion et de pédagogie à déployer. Il s'agit ici de sensibiliser les élus à l'importance de la santé publique et, par là-même, de leurs propres fonctions. En ce sens, plusieurs stratégies ont été évoquées.

Parce que les coordonnateurs les savent hésitants et prêts à mobiliser dès qu'ils l'estiment nécessaire l'argument, désormais classique, que la santé ne relève pas de leur compétence mais de celle de l'État, certains n'hésitent pas à instrumentaliser ce secteur d'action publique et les partenariats qu'ils ont su construire. En rendant les programmes « visibles » et en jouant ainsi sur la communication politique, ils font aussi le pari de démontrer que de telles actions symboliques ne peuvent se déployer sans eux. Convaincus qu'au regard des évolutions engagées leur mandat ne pourra subsister sans volonté politique, ils permettent aux élus locaux de mobiliser des ressources symboliques en affichant leur préoccupation pour la santé des administrés afin de renforcer leur propre envergure politique, ressources qu'ils n'auraient peut-être pu obtenir seuls. Aussi, l'obtention de labels (Bergeron *et al.*, 2011 ; Honta et Haschar-Noé, 2011),

l'organisation de séminaires, réunions plénières ou autres évènements, figurent au titre des stratégies individuelles mais aussi collectives mobilisées. La tenue et le programme des Assises des ASV aquitains organisées en mai 2014 par les coordonnateurs et l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) d'Aquitaine au titre de sa mission « Santé et territoires », témoignent pleinement de cette volonté de valoriser l'intérêt des ASV au moyen de ces justifications publiques, stratégies rencontrées également dans le champ de la médiation sociale et de la sécurité (Divay, 2009 ; Le Goff, 2005). Si cette stratégie ne paraît pas partout efficace, un coordonnateur précise qu'une telle stratégie a permis de consacrer l'engagement de l'action municipale en santé sur son territoire : « *Il a fallu faire une utilisation stratégique de l'ASV pour montrer l'intérêt qu'il pouvait avoir, en quoi cela avait un impact, que cela mobilisait des acteurs. Cela pour pouvoir investir le champ de la santé de façon plus large. Il a fallu faire un diagnostic partagé, ça a pris beaucoup de temps mais ça a été visible par les élus. Soixante personnes, ça a brassé pas mal de monde. Pour moi, c'est indispensable quand on travaille avec des élus. J'essaie toujours de mettre en parallèle le travail de fourmi qui ne se voit pas avec comment on fait pour avoir une visibilité sur l'action d'une façon ou d'une autre. Parce que sinon, on n'y arrive pas. Tout cela fait que dans cet avenir un peu obscur où l'on ne sait pas ce qui va se passer, que l'ASV dure ou ne dure pas, ce n'est plus notre problème. Le fait est que la santé continuera maintenant, je suis assez content de cela, c'est une réussite, on avance* ».

Ces stratégies visant la consolidation de la compétence santé à l'échelle locale sont complétées par des initiatives démontrant que cette implication se fait « à moindre coût ». Une dimension essentielle du travail des coordonnateurs ASV est ainsi de trouver et d'obtenir les ressources nécessaires au financement des actions via notamment la réponse aux campagnes de financement et appels à projets, démarche régulièrement considérée, dans ce secteur également, comme « *le sale boulot* » (Hughes, 1996) en raison de sa lourdeur et sa complexité.

Le devenir incertain des ASV et, plus largement, de l'action municipale en santé auquel ils sont confrontés se double également de difficultés à assurer leur rôle d'intégration auprès de leurs partenaires de travail alors qu'ils disposent d'une grande latitude d'action pour agencer et animer les collaborations.

L'épreuve des tensions et des évitements

Une des caractéristiques du travail des coordonnateurs est qu'ils n'entretiennent que peu de liens directs avec la population. Des échanges ponctuels existent bien entendu lors de l'étape du diagnostic partagé prévue par la démarche des ASV, lors de réunions ou d'événements organisés dans les quartiers mais, dans l'ensemble, ils doivent compter sur la mobilisation de la grande diversité d'acteurs des champs sanitaire et social pour améliorer l'état de santé des populations. Le réseau que les coordonnateurs sont ainsi invités à construire et animer ne revêt pas strictement les mêmes propriétés structurelles et professionnelles que les réseaux de soins (Robelet, 2008). Toutefois, le principe et finalement les enjeux de leur mandat demeurent identiques : le défi est d'expliquer et de faire partager le sens et l'objectif des ASV pour rendre légitime le travail de coordination. Ceci implique que les acteurs qui les entourent apprennent à se connaître et à se reconnaître en dépassant les tensions et conflits liés aux cloisonnements sectoriels, organisationnels et/ou professionnels qui peuvent être nombreux tant dans le secteur sanitaire que social, secteurs qui, en outre, constituent deux mondes que les modes de financement, de tutelle, de formation et de reconnaissance séparent (Cresson *et al.*, 2003 ; Schweyer, 2005). Ainsi, si le pluralisme des acteurs peut constituer une ressource potentielle, il représente également un facteur de complexité pour l'action. Par-delà cette rhétorique d'un nécessaire travail en réseau et au regard des résistances auxquelles ils doivent effectivement faire face, les coordonnateurs mettent tout à la fois en avant la précarité des autres acteurs, leur forte hétérogénéité d'engagement, voire leur absence parfois de volonté de coopération, dimensions classiques des fonctions de médiation et coordination (De Maillard, 2002 ; Divay, 2009 ; Goirand, 2014 ; Jeannot, 2005). Dans la continuité de la posture qu'ils adoptent vis-à-vis des élus, ils considèrent comme déterminant, mais éprouvant tant il est chronophage, le travail de conviction et d'argumentation qui est le leur afin de faire connaître et diffuser les préceptes de la santé publique à l'ensemble des partenaires potentiels. Deux préoccupations majeures justifient qu'ils effectuent ce travail : d'une part, assurer l'existence et/ou le développement de projets locaux de santé à l'échelle du quartier et, d'autre part, éviter les erreurs d'interprétation et de définition qui ont pour corollaire l'auto-exclusion de certains acteurs. Comme le souligne clairement cette coordonnatrice : « *Je ne vais pas vendre la santé aux opérateurs. Je pense que pour s'en saisir, il faut avoir une sensibilité sur ces questions et se dire que même si je suis une MJC ou un autre acteur du social, je peux essayer de faire quelque chose là-dessus. Mais ça, ça ne se décrète pas. Les opérateurs sociaux de l'éducation populaire qui sont nos*

premiers interlocuteurs politique de la ville, ils ne se projettent pas aisément dans la santé. Non pas qu'ils ne ressentent pas les difficultés de santé de leurs usagers mais je pense qu'ils ne s'autorisent pas à essayer d'intervenir sur ces questions parce que c'est encore très connoté purement médical et soins. Ils se brident car ils estiment qu'il n'ont pas les compétences et le savoir ».

Outre ces éléments, les modalités actuelles de financement et de reconnaissance de ces acteurs exposent également l'exercice du mandat de coordonnateur. La raréfaction des ressources publiques et la volonté de la part de certains opérateurs de préserver ou de conquérir de nouveaux territoires professionnels accentuent les réflexes individualistes et, par là même, leur concurrence (Honta et Haschar-Noé, 2011 ; Loison-Leruste et Hély, 2013). Celle-ci est directement préjudiciable au succès du rôle d'intégrateur des coordonnateurs. En plus des tensions entre opérateurs que cette situation suscite au sein des quartiers, la participation de ces opérateurs est également rendue fragile en raison d'un important *turn-over* de leurs salariés. Ces derniers étant recrutés le plus souvent au moyen de contrats aidés, cette précarité des emplois génère une forte instabilité des équipes et obère les capacités des coordonnateurs à stabiliser un socle solide de compétences en matière de santé publique. Ces constats déstabilisent aussi, parmi eux, ceux aux conditions d'emploi fragiles qui prennent, chaque jour un peu plus, la mesure des difficultés qui seront les leurs s'ils devaient être remis sur le marché du travail. Les rares perspectives d'emploi stable dans le secteur associatif renforçant leurs craintes, c'est en redoublant d'efforts pour valoriser et donner à voir localement l'ensemble de leur action que les coordonnateurs concernés espèrent stabiliser leur emploi dans la fonction publique, celle-ci restant ici aussi une valeur refuge (De Singly et Thélot, 1988).

Leur reconnaissance implique enfin, voire avant tout, qu'ils fassent la preuve que leur démarche respecte les frontières professionnelles instituées en n'empiétant pas sur les « *juridictions* » (Abbott, 2003) des diverses catégories d'intervenants dont certains disposent par ailleurs de mandats exclusifs — les professionnels de santé en particulier. Il s'agit ici d'éviter les controverses qui pourraient mettre à l'épreuve la crédibilité de l'engagement des autres acteurs, et par là-même le fragiliser. Rappelant à l'envi que ce n'est pas à eux « *de poser des diagnostics* », « *qu'ils sont avant tout des experts de la méthodologie du projet et du travail en réseau* », ils considèrent que le respect de la division du travail et des compétences présentes localement auxquelles il n'est pas question de se substituer, demeurent une des conditions essentielles au développement et à la stabilisation de partenariats.

Cette règle de non-substitution explique sans doute que si, dans le domaine de la médiation sociale ou de la sécurité publique, les professionnels évoquent les manifestations d'oppositions et d'hostilité dont ils font l'objet de la part d'autres catégories de travailleurs du social (De Maillard et Faget, 2002 ; Le Goff, 2005), rien dans les propos des coordonnateurs ASV ne permet d'établir une telle conclusion. En revanche, l'analyse en termes de « *bricolage localiste* » (Gatto et Thoenig, 1993) mobilisée dans le secteur de la justice et reprise ensuite pour caractériser les modalités de l'action partenariale dans de nombreux autres domaines (sécurité, médiation sociale, réussite éducative), a ici toute sa pertinence. C'est d'abord en sollicitant leur réseau d'interconnaissances par rapport à des questions spécifiques qu'il s'agit de traiter de manière pragmatique, que les coordonnateurs participent d'une forme de coproduction de la santé publique : « *Les professionnels de santé, je ne vais pas les chercher plus que ça car ce ne sont pas les acteurs majeurs pour le démarrage des actions. J'ai une vision assez pragmatique de là où ça vaut le coup de batailler. Par contre, je ne les ignore pas. Les événements santé, on relaie l'information dans leurs cabinets. Et puis, j'ai fait un travail sur le surpoids des enfants dans le cadre d'une animation auprès de l'école du quartier, on a diffusé de l'information sur le réseau RéPPop. J'ai appris à cette occasion que deux médecins du quartier viennent de suivre la formation pour être médecins référent RéPPop, donc là évidemment je connecte. Quand je vais me remettre à travailler sur ces questions, je vais tenter de faire quelque chose avec eux. Mais au quotidien, je vais d'abord chercher à mobiliser des structures qui vont me permettre d'entrer en contact avec le public.* »

Ces propos d'un coordonnateur au sujet des professionnels de santé libéraux font état de représentations qui oscillent entre mépris des logiques d'action de ces intervenants dont est regretté le manque d'ouverture d'esprit quant aux catégories de la santé publique (« *ils n'entrent dans la santé publique que par l'interdiction* »), et fascination de ceux qui militent et agissent pour la lutte contre les inégalités sociales de santé. Malgré la distance qui caractérise généralement leurs relations, les coordonnateurs cherchent à composer avec ces interlocuteurs dans la mesure où ils évoquent, eux aussi, l'importance de ces liens quand bien même restent-ils faibles (Douillet et De Maillard, 2008). Ceux-ci prennent alors la forme de simples échanges à l'occasion d'un événement organisé dans le quartier ou d'initiatives partagées sur des projets ponctuels. Les coopérations vont parfois jusqu'à la définition, à travers la réflexion commune que des coordonnateurs estiment essentielle, des axes d'interventions prioritaires à engager à l'échelle du quartier et/ou de réponses précises à des problèmes de santé. Ce faisant, l'enjeu est aussi de s'allier ces interlocuteurs dont il est attendu qu'ils témoignent localement de l'intérêt de la démarche initiée

LES COORDONNATEURS DES ATELIERS SANTÉ VILLE

par l'ASV. Dès lors, la difficulté consiste ici également à dépasser la distance induite par le manque de culture de l'action collective et de disponibilité de ces professionnels (Schweyer, 2005) en suscitant leur intérêt : « *Faire reconnaître son travail auprès de la collectivité, c'est une lutte permanente. Il y a des collectivités où les élus ou les directeurs généraux font partie des groupes de travail. Moi, pendant longtemps, je n'ai jamais eu cette chance. Et puis un jour, j'ai proposé de réunir les professionnels de santé libéraux pour avoir leur retour sur les problématiques du quartier, des habitants. Alors, c'est très difficile de mobiliser les professionnels de santé libéraux mais quand même nous étions 20, ce qui est beaucoup. Cela s'explique car ils sont tous exposés à la souffrance psychosociale et s'interrogent beaucoup là-dessus. Et donc pour cette plénière, il y avait deux élus et la direction du CCAS... Ils étaient là !! Donc j'ai pu essayer de convaincre que les élus, la collectivité, les professionnels de santé, les institutions avaient toute leur place et que c'était pertinent, que c'était pour cela que les ASV étaient portés au niveau local.* »

Conclusion

Cantonnés dans des activités instables, voire, pour certains, dans des situations précaires d'emploi, le positionnement professionnel des coordonnateurs ASV demeure fragile et difficile à consolider. Un tel constat est la résultante là aussi d'un faisceau de causes, co-produites par des acteurs individuels et collectifs présents aussi bien aux échelles locale que nationale, causes qui s'enchevêtrent au sein d'un système de rapports de forces tantôt alliées tantôt contraires (Divay, 2009). Ces facteurs mettent en tensions l'exercice de leur mandat et les condamnent à devoir compter avant tout sur des relations bricolées, localisées et fragmentaires à travers lesquelles ils essaient de se voir reconnaître une légitimité. Ces bricolages démontrent surtout que ces professionnels sont des révélateurs des désordres et tâtonnements de l'action publique. Ils témoignent aussi de la faible structuration institutionnelle de ces fonctions dont le maintien est désormais rendu très dépendant des configurations locales.

Conjoncturellement exacerbé par les effets encore peu prévisibles des nombreuses réformes engagées quand d'autres évolutions se profilent encore (réforme de la carte des régions, spécialisation des compétences des collectivités territoriales, revue des missions de l'État territorial), l'incertitude et les craintes de ces professionnels soulignent plus largement que l'institutionnalisation des politiques de santé qui se dessine sur les

divers territoires ne balise plus aussi fortement qu'auparavant les comportements des acteurs en présence. Dans un contexte de raréfaction des ressources publiques, elles révèlent également les freins structurels à la production locale de la santé publique et, plus particulièrement, la contradiction patente qui persiste entre l'affirmation incontestable des villes et de leurs groupements comme niveau d'organisation et d'action en santé et le caractère encore fortement subsidiaire et aléatoire de ces politiques.

Liens d'intérêt : l'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abbott A., 2003, Écologies liées : à propos du système des professions, In : Menger P.M., ed., *Les professions et leurs sociologies. Modèles théoriques, catégorisations, évolutions*, Paris, MSH, 29-50.
- Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances, Enquête annuelle de suivi des ateliers santé ville. Enquête 2012. Rapport national.
- Bergeron H., Castel, P., Nouguez, E., 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.
- Bucher R., Strauss A., 1961, Professions in process, *American Journal of Sociology*, 66-4, 325-334.
- Clavier C., 2009, Les élus locaux et la santé : des enjeux politiques territoriaux, *Sciences Sociales et Santé*, 27, 2, 47-72.
- Cresson G., Drulhe M., Schweyer F.X., 2003, *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*, Rennes, ENSP.
- De Maillard J., 2002, Les travailleurs sociaux en interaction. Politiques sociales urbaines, mobilisations des professionnels et fragmentations, *Sociologie du Travail*, 44, 215-232.
- De Maillard J., Faget J., 2002, Les ALMS en quête de reconnaissance. Déficit de légitimité et oppositions professionnelles, *Les Cahiers de la Sécurité Intérieure*, 48, 127-147.
- De Singly F., Thélot C., 1988, *Gens du privé, gens du public. La grande différence*, Paris, Dunod.

- Divay S., 2009, La médiation sociale : « un nouveau métier » plus de dix ans après son émergence ? In : Demazière D., Gadéa C., eds, *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte, 242-251.
- Douillet A.C., De Maillard J., 2008, Le magistrat, le maire et la sécurité publique : action publique partenariale et dynamiques professionnelles, *Revue Française de Sociologie*, 4, 49, 793-818.
- Duran P., 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*, Paris, Presses de Sciences Po.
- Fassin D., 1998, Politique des corps et gouvernement des villes. La production locale de la santé publique, In : Fassin D., ed., *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte, 7-46.
- Gatto D., Thoenig J.C., 1993, *La sécurité publique à l'épreuve du terrain. Le policier, le magistrat et le préfet*, Paris, L'Harmattan.
- Goirand S., 2014, De la construction à la légitimation d'une nouvelle fonction du social : Les coordinateurs de réussite éducative à Toulouse, *Formation Emploi*, 125, 1, 69-88.
- Haschar-Noé N., Salaméro E., 2014, Le Contrat local de santé : un outil de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, *La Santé en Action*, 428, 14-17.
- 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.
- Honta M., Basson J.C., 2015, Healthy cities: A new political territory. An analysis of local healthcare governance in the city of Bordeaux, *French Politics*, 13, 2, 157-174.
- Hughes E.C., 1996, *Le regard sociologique*, Paris, Édition de l'EHESS.
- INSEE Aquitaine, 2011, *Quartiers prioritaires en Aquitaine : des quartiers fragiles, en situations diverses*, Aquitaine e-dossiers, 3.
- Ion J., 1996, *Le travail social à l'épreuve du territoire*, Paris, Dunod.
- Jeannot G., 2005, *Les métiers flous Travail et action publique*, Toulouse, Octares.
- Jeannot G., Goodchild B., 2011, Fuzzy jobs in local partnerships: case studies of urban and rural regeneration in France, *Public Administration*, 89, 3, 1110-1127.

- Joubert M., Mannoni C., 2009, Le volet santé des Cucs, « 5^{ème} pilier » de la politique de la ville. Analyse critique, *Les Après-Midi de Profession Banlieue*, 16.
- Jouve B., Lefèvre, C., 1999, *Villes, métropoles. Les nouveaux territoires du politique*, Paris, Anthropos.
- Le Goff T., 2005, L'insécurité « saisie » par les maires. Un enjeu de politiques municipales, *Revue Française de Science Politique*, 3, 55, 415-444.
- Loison-Leruste M., Hély M., 2013, Des entreprises associatives en concurrence : le cas de la lutte contre les exclusions, In : Hély M., Simonet M., eds, *Le travail associatif*, Paris, Presses Universitaires de Paris Ouest. 191-207.
- Loncle P., 2009, La mise en œuvre des politiques de santé publique au niveau local : l'animation territoriale en santé en Bretagne, *Sciences Sociales et Santé*, 27, 1, 5-31.
- Malochet V., 2002, Les policiers municipaux entre hiérarchie municipale et partenaires locaux, *Les Cahiers de la Sécurité Intérieure*, 48, 103-125.
- Mannoni C., 2004, *Politique de la ville, territoire et santé. Réflexions autour des ateliers Santé Ville et de leurs enjeux en Seine-Saint-Denis*, Seine-Saint-Denis, Profession Banlieue.
- Mannoni C., 2008, Synthèse de l'atelier 8 : Équipes locales de santé publique en action, Compte-rendu de la rencontre *Politique de la ville et santé publique : une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé*, du 6 au 8 octobre 2008 à Bordeaux, Paris, les éditions de la DIV.

Robelet M., 2008, Les médecins, l'État et les politiques de réseaux de santé en France. In : Le Bianic T., Vion A., eds, *Action publique et légitimités professionnelles*, Paris, LGDJ, 59-71.

Schweyer F.X., 2005, Le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils, *Sociologies Pratiques*, 2, 11, 89-104.

Schweyer F.X., Campéon A., 2008, Le pouvoir de régulation à l'épreuve de la division du travail : les médecins inspecteurs de santé publique. In : Le Bianic T., Vion A., eds, *Action publique et légitimités professionnelles*, Paris, LGDJ, 73-90.

ABSTRACT

The politic tests of coordinators "Ateliers santé ville" mandate : changes in public policies and resistance' strategies

The evolution of urban government health threatens preservation mandate coordinators *Ateliers santé ville* responsible for the articulation of local public health programs. Precarious employment conditions that are sometimes are not enough to explain the fragility of their professional legitimacy. The complex ways of structuring public action, uncertainty about the stock of resources now available and tensions between stakeholders are decisive factors. Faced with these events, legitimization strategies they deploy to make visible their activity and ally spokespersons of their social utility does not always give them the expected legitimacy.

RESUMEN

Los desafíos del mandato de coordinador de los « Ateliers santé ville » (Talleres salud ciudad). Mutaciones de la acción pública y estrategias de resistencia

La evolución de las bases sobre las cuales se asienta el gobierno de la salud de la ciudad amenaza la preservación del mandato de los coordinadores de los *Ateliers santé ville* (Talleres salud ciudad) encargados de articular los programas locales de salud pública. Las precarias condiciones laborales características de estos empleos no alcanzan para explicar la fragilidad de su posicionamiento profesional. Las complejas modalidades de estructuración de la acción pública, la incertidumbre acerca de la cantidad de recursos actualmente disponibles y las tensiones entre los actores en los barrios prioritarios constituyen factores determinantes. Pero ante estos desafíos, las estrategias de legitimación que despliegan para darle visibilidad a sus acciones y la asociación con portavoces de su utilidad social no siempre generan el reconocimiento esperado.

Annexe : Présentation de l'enquête

Soutenue par le Conseil régional d'Aquitaine, l'étude porte sur la « gouvernance urbaine des politiques de santé ». Elle vise à analyser et comparer les modes de production et de mise en œuvre des politiques de santé adoptés par les villes disposant, notamment, d'un ou plusieurs quartiers relevant de la géographie prioritaire et ayant mis en place un ASV. L'enquête repose à ce titre sur de nombreux entretiens effectués entre juin 2013 et décembre 2014 auprès des coordonnateurs ASV et de leurs partenaires de travail : représentants des villes (élus locaux et techniciens), de l'ARS, des services déconcentrés de l'État, de centres sociaux, d'associations des secteurs sanitaire et social, des professionnels de santé.

Au regard de l'orientation retenue ici, a été exploité le contenu des entretiens effectués auprès de sept coordonnateurs en poste (ou l'ayant été) représentant sept des neuf ASV qu'a pu compter, depuis 2006, l'agglomération bordelaise (communes de Bègles, Bordeaux, Eysines, Floirac, Lormont, Mérignac, Talence, Villenave d'Ornon). Ils visaient à aborder les points suivants :

- les trajectoires sociales des coordonnateurs ;
- l'explicitation du faisceau de tâches qu'ils effectuent ;
- les changements à l'œuvre dans les secteurs social et sanitaire et leurs effets sur l'exercice de leur mandat ;
- le mode (individuel et/ou collectif) de travail adopté pour traiter les problèmes de santé et les représentations de l'action partenariale en la matière ;
- les modalités d'insertion des opérations de santé dans les politiques sociales ;

- leurs formes de mobilisation à l'égard du processus de stabilisation de leur activité et plus généralement du maintien de la démarche des ASV. La retranscription intégrale de ces entretiens et leur analyse par la méthode thématique, ont permis que soit livré — au croisement d'éléments objectifs et subjectifs — le sens que les coordonnateurs accordent à leur travail et aux diverses mesures adoptées dans le cadre des réformes engagées. Cette option consistant à apprécier la façon dont les agents eux-mêmes appréhendent leur situation professionnelle, dimension essentielle du rapport au travail, a été réalisée sans méconnaître la difficulté à cerner la nature de ce rapport à partir de récits subjectifs. Bien que les profils, qualifications, positions d'emploi et statut des coordonnateurs

interrogés soient variés (*Tableau I*) et donnent des inflexions particulières à leurs prises de position, ces différences ne contredisent pas la tonalité commune du propos restituée et analysée.

Tableau I
Principales caractéristiques des coordonnateurs.trices des ASV interrogé.es

	Territoire/ Structure	Cadre d'emploi au moment de l'exercice des fonctions de coordonnateur	Formation initiale
C1	Ville - Service administratif	CDD à temps partiel Coordinatrice ASV	Licence en sociologie Master en promotion de la santé
C2	Ville - CCAS	Attaché territorial Directeur adjoint CCAS	DUT Carrières sociales Maîtrise information et communication
C3	Ville - CCAS	Attaché territorial Chargé de mission santé et gériatrie Directeur adjoint du CCAS	Licence STAPS, spécialité Activités physiques adaptées et santé
C4	Ville - CCAS	CDD à temps partiel Coordinatrice ASV	École d'infirmière (fonctions exercées 14 ans)
C5	Ville - Service administratif	Attachée territoriale (titularisation) Chargée de mission Santé, vie associative, lutte contre les discriminations, Responsable de la Maison des associations	Maîtrise de psychologie
C6	Ville - Service administratif	CDD Coordinatrice ASV puis intégration à la FPT et changement de fonctions	Master en santé publique DU nutrition
C7	Ville - Service administratif	CDI Chargé de mission santé	DEA de sociologie

Ces données ont été complétées par plusieurs sources émanant du cas étudié : outils et instruments d'action publique construits pour l'occasion, bilans d'activités et procès-verbaux de réunions, articles de presse et documents divers (plaquettes, chartes, etc.). Un traitement de la littérature académique et des rapports publics ainsi que la participation aux assises des ASV aquitains (mai 2014) et aux ateliers organisés par la métropole de Bordeaux pour définir les axes de sa future politique de santé, complètent le dispositif méthodologique.

Tableau II
Indicateurs clés pour les quartiers de la politique de la Ville (avant la réforme de la géographie prioritaire) ayant fait l'objet de l'enquête (certains s'étendent sur plusieurs communes)

Quartiers où sont localisées les ASV	Population	Revenu par unité de consommation médian	Part de la population à bas revenus	Part des jeunes adultes sans diplôme de niveau au moins égal au baccalauréat	Indicateur de mono-parentalité avec jeunes enfants	Part des ménages locataires en HLM	Part des ménages concernés par une allocation chômage	Indicateur d'activité des 25-64 ans	Part des employés et ouvriers dans la population active
Unité urbaine de Bordeaux	797 357	20 162	7,3	35,3	3,6	14,9	16,2	81,5	54,0
1 (profil J)	14 379	13 779	16,7	61,4	5,0	44,3	20,1	76,8	72,8
2 (profil T)	3 814	7 178	41,8	75,2	9,4	32,5	69,0	90,3	
3 (profil inclassable)	33 614	12 436	19,7	61,7	4,8	57,8	22,4	74,9	75,9
4 (profil D)	1 281	11 971	20,4	60,6	5,7	52,8	29,2	79,5	79,7
5 (profil J)	4 589	12 805	19,2	39,9	6,5	63,5	21,4	79,3	65,9
6 (profil M)	2 935	14 905	14,5	53,0	8,1	26,7	20,3	83,3	71,9

Source : INSEE Aquitaine, 2009

L'étude enfin privilégie l'éclairage par le local en tant que laboratoire d'analyse des transformations de l'action publique en général, de la territorialisation des politiques de santé en particulier. Cet ancrage est fécond pour saisir la capacité des acteurs — ici les coordonnateurs des ASV directement confrontés à la gestion des problèmes urbains, de lutte contre l'exclusion et de santé — à impulser et stabiliser des actions collectives qui peuvent par ailleurs conditionner leur légitimité professionnelle et la préservation de leur mandat. Le cas de cinq villes membres de la métropole de Bordeaux, en tant que lieux d'adaptation, d'appropriation, de mobilisation et d'apprentissage de la coopération intersectorielle et inter-organisationnelle sert ici d'analyseur de ce que produit cette invitation au partenariat.

Comparativement à d'autres agglomérations de mêmes dimension et poids démographique, celle de Bordeaux n'accueille pas de grands ensembles d'habitat social et a peu été concernée par le phénomène de ritualisation des émeutes urbaines (Epstein, 2013). Les quartiers sur lesquels sont localisés les ASV sont, en outre, très différents de par leur taille, la structure de leur population et la nature de leurs « handicaps » sociaux (*Tableau II*). Une typologie de ces derniers est régulièrement réalisée pour déterminer les caractéristiques sociales, économiques ou démographiques qui les différencient. La plus récente (INSEE Aquitaine, 2011) est reprise ici afin de présenter les quartiers concernés par l'enquête et les caractéristiques de leurs habitants.

Le profil J (Q1/5) regroupe les quartiers dans lesquels l'habitat HLM est majoritaire et à faible mixité sociale. S'ils se rapprochent du profil moyen des quartiers prioritaires aquitains, ils sont en net décrochage monétaire par rapport à la commune ou à l'unité urbaine dans laquelle ils sont situés. De plus, le taux de bénéficiaires de minima sociaux et la part des familles monoparentales sont supérieurs à la moyenne observée sur les quartiers prioritaires aquitains.

Le profil T (Q2) caractérise les quartiers périphériques les plus pauvres des quartiers prioritaires de l'agglomération et de la région. Ces petits quartiers HLM cumulent les trois types de précarité : monétaire, emploi, familiale. Près de la moitié de la population des ménages se situe en dessous du seuil de bas revenus et les ménages de grande taille et les familles monoparentales y sont plus fréquents.

Quartier qualifié d'« inclassable », Q3 s'illustre par sa taille (population et superficie), les différents phénomènes de pauvreté ou de fragilité lissés sur ce territoire qui s'étale sur quatre communes. Lors de la définition de

son périmètre, le choix de ne retenir qu'un seul quartier composé d'un chapelet de poches de forte précarité mais aussi des zones interstitielles moins défavorisées, atténue l'intensité de nombreux indicateurs statistiques moyens. La forte disparité des revenus de ce quartier en est une illustration.

Le profil D (Q4) représente des quartiers HLM en grande difficulté sociale dans lesquels la part des familles nombreuses est importante. Les habitants accèdent difficilement à l'emploi, en particulier les jeunes. Leur localisation, souvent excentrée, et la nature de l'habitat tendent à les stigmatiser.

Enfin, le profil M (Q6) regroupe les quartiers de centre-ville, de copropriétés ou d'habitat hétérogène (mélange de logements HLM et de logements privés). Les conditions de vie y sont plus favorables qu'en moyenne et si des situations de fragilité existent, la mixité sociale qui s'y dessine apparaît comme une force d'équilibre.

Il convient donc de faire attention à ces différences de typologies et de ne pas se contenter d'une analyse à l'échelle de la ville, mais d'analyser les situations au sein de la ville.

L'action locale en santé : rapprocher soins et santé et clarifier les rôles institutionnels ?

Commentaire

Yann Bourgueil*

L'article de Marina Honta s'appuie sur une exploitation secondaire d'une plus vaste enquête sur les coordinateurs d'Ateliers santé ville (ASV) et vise, dans une démarche heuristique, à révéler par l'analyse thématique d'entretiens réalisés auprès de 7 coordinateurs d'ASV actuels ou anciens les mutations de l'action publique en santé dans le cadre de la politique de la ville. La démarche proposée par l'auteur est ambitieuse et critique. Elle témoigne d'une posture de recherche engagée. En prenant comme acquise la pertinence des actions menées par les coordinateurs des ASV et en choisissant de généraliser à partir du matériau collecté auprès des coordinateurs de l'agglomération de Bordeaux les incohérences et les limites des politiques de la santé et de la ville, l'auteur défend la légitimité de l'action locale menée dans le cadre de la politique de la ville et son intérêt.

Le texte permet alors, par ses parts pris et les questionnements qu'il induit, de revisiter le rôle joué par les villes dans la politique de santé en