

L'instrumentation des politiques locales de santé au prisme des activités de transcoding : le cas du Plan local de santé de la Ville de Rennes

The Instrumentation of Local Health Policies Seen through Transcoding Activities: The Case of the Local Health Plan of the City of Rennes

Romain Lonceint

Numéro 78, 2017

Santé et politiques urbaines

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1039342ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1039342ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN

1703-9665 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Lonceint, R. (2017). L'instrumentation des politiques locales de santé au prisme des activités de transcoding : le cas du Plan local de santé de la Ville de Rennes. *Lien social et Politiques*, (78), 132–150. <https://doi.org/10.7202/1039342ar>

Résumé de l'article

À partir de l'exemple du Plan local de santé (PLS) de la ville de Rennes, cet article interroge le processus d'élaboration d'un instrument d'action publique dans le secteur des politiques locales de santé à l'aune de la notion de transcoding (Lascombes, 1994). Nous montrons alors que le PLS est le résultat à la fois d'opérations de recyclage d'actions et de dispositifs mis en oeuvre dans le cadre d'autres politiques municipales (éducation, transports, logement, etc.), mais également d'activités d'assemblage visant à mettre en cohérence des éléments issus de politiques sectorielles hétérogènes. S'il est envisagé comme une ressource de légitimation professionnelle par les acteurs chargés de la politique locale de santé, le PLS est également analysé comme une source de contraintes spécifiques et de tensions avec les autres services municipaux.

L'instrumentation des politiques locales de santé au prisme des activités de transcodage : le cas du Plan local de santé de la Ville de Rennes

ROMAIN LONCEINT

(Doctorant – Institut Mines Télécom
Atlantique, LEMNA, France)

Introduction

Depuis une quinzaine d'années, de nombreuses villes se sont engagées dans l'élaboration de Plans locaux de santé (PLS). L'action publique, et plus particulièrement les politiques sociales et de santé, ne sont pas étrangères à ce phénomène, comme en témoigne la multiplication de plans dans ce domaine (Plan national bien vieillir, Plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, Plan national de santé environnement). Si l'objet diffère fortement d'un plan à l'autre, la logique reste la même. Le recours à la planification en matière d'action publique doit permettre d'assurer une cohérence sociale en coordonnant les actions dans le temps en fonction d'orientations préalablement établies, tout en anticipant les évolutions

globales afin d'adapter en conséquence les politiques publiques (Jobert, 1981). Les PLS sont ainsi envisagés comme des dispositifs permettant aux villes d'affirmer leur engagement et d'asseoir un projet stratégique de santé publique en donnant à voir l'unité logique que ce type d'action suppose (Mannoni, 2010). La mise en œuvre d'actions locales dans le domaine de la santé est alors généralement présentée comme une réponse à la persistance d'inégalités sociales et territoriales de santé (Bergeron, 2010). Les PLS semblent également relever d'une logique d'affichage visant à rendre socialement visible une politique locale portant sur cette thématique. Les discours de légitimation occupent d'ailleurs une place centrale dans le domaine de la santé publique (Fassin, 2000), en particulier lorsque les politiques sont menées au niveau local (Clavier, 2009). En effet, la santé est un domaine assez peu dévolu aux villes dont les compétences réglementaires se limitent principalement aux questions d'hygiène et de salubrité publique (Le Goff, 2011).

Les PLS peuvent alors être envisagés comme des instruments d'action publique de type informatif et communicationnel dont l'une des finalités essentielles est le développement de la « démocratie du public » par « l'explication des décisions et la responsabilisation des acteurs » (Lascoumes et Le Galès, 2005 : 361). Les PLS s'inscrivent dans le développement des instruments d'action publique à l'échelle municipale (Lorrain, 2005). À travers l'exemple du PLS de la Ville de Rennes, nous nous proposons d'étudier dans cet article le travail de mise en mots de la politique locale de santé. Il s'agira ainsi d'ouvrir la boîte noire du processus d'élaboration de cet instrument d'action publique (Crespin, 2014) afin d'en saisir les enjeux de légitimation, en insistant sur les rapports que les acteurs chargés de la mise en œuvre de la politique locale de santé entretiennent avec les autres secteurs d'action publique. Nous analysons alors l'élaboration du PLS de la Ville de Rennes à l'aune des activités de transcodage (Lascoumes, 1994) mises en œuvre par les acteurs responsables de la politique locale de santé. Selon Pierre Lascoumes : « transcoder, c'est d'une part agréger des informations éparses et les lire comme une totalité; c'est aussi les traduire dans un autre registre relevant de logiques différentes » (Lascoumes, 1994 : 22). La notion de transcodage doit nous permettre d'appréhender le travail de reformulation d'éléments existants ainsi que leur intégration dans le programme d'action unique qu'est le PLS de la Ville de Rennes. Quelles activités constitutives du transcodage permettent l'élaboration du PLS? Quels sont les enjeux ainsi que les contraintes associées à son élaboration?

Afin de répondre à ce questionnement, nous nous appuyons sur les résultats d'une enquête portant sur le travail d'élaboration du PLS de la Ville de Rennes. Ce choix s'explique par l'existence d'un investissement ancien de cette municipalité dans le champ de la santé publique (Fassin, 1998) et la mise en œuvre d'une politique de santé volontariste depuis une trentaine d'années (Le Goff, Séchet et David, 2010). Le PLS de Rennes est un document édité en 2013 comportant une quarantaine de pages dans lequel la municipalité expose ses grandes orientations et explicite la cohérence de ses actions dans le domaine de la santé. Au sein de la ville de Rennes, le projet d'un PLS a été porté par les élus municipaux et le service santé de la ville, qui compte une quarantaine d'agents, tout en disposant en 2012 d'un budget d'un million d'euros. Cette enquête qualitative, conduite entre novembre 2012 et avril 2013, combine deux techniques de recueil de données. D'une part, afin de saisir les représentations et les pratiques relatives au processus d'élaboration du PLS, nous avons mené une série d'entretiens semi-directifs avec différentes catégories d'acteurs : trois élus municipaux responsables de la santé et du handicap ; huit personnels administratifs du service santé (chargés de mission et médecins de santé publique) ; quatre chargés de mission d'autres services (éducation, logement, transports, politique de la ville) ayant participé à l'élaboration du PLS. D'autre part, en complément des entretiens semi-directifs, nous avons procédé à l'analyse du PLS de la Ville de Rennes et de différents documents élaborés par les agents du service santé dans le but de rendre visible leurs actions (chartes, programmes, plaquettes d'information). Cette analyse documentaire nous permet de caractériser le travail de mise en mots dont a fait l'objet la politique de santé conduite par la municipalité.

Dans une première partie, nous montrons que le PLS apparaît comme le résultat d'un processus de recyclage d'actions et de dispositifs déjà mis en œuvre dans le cadre d'autres politiques sectorielles tout en les remaniant dans des formes nouvelles, en l'occurrence celles de la santé. Le recyclage passe notamment par une activité de compilation d'éléments existants, à partir d'une démarche transversale impliquant à la fois le service santé, mais aussi d'autres services de la ville. Ensuite, nous présentons le travail d'assemblage réalisé par les acteurs locaux responsables de la santé afin d'unifier et de faire « tenir ensemble » tous ces éléments us de différentes politiques sectorielles. Cette mise en cohérence de l'instrument repose alors sur une matrice commune : l'idée de promouvoir le « bien-être » à l'échelle de la ville. Enfin, nous montrons comment le travail d'élaboration du PLS à partir

de ces activités de transcodage constitue pour les acteurs municipaux chargés de la santé un moyen de faire connaître et reconnaître leurs savoir-faire par d'autres secteurs d'action publique locale. En ce sens, s'intéresser à la fabrication du PLS est une façon d'analyser comment sa mise en mots révèle des tensions et des contraintes spécifiques participant d'une dynamique de légitimation professionnelle.

1. Le recyclage des politiques sectorielles dans le langage de la santé

1.1 Un nouveau cadrage de l'action publique

Afin d'élaborer le PLS, les acteurs responsables de la politique locale de santé procèdent à une opération de recyclage d'un certain nombre d'actions et de dispositifs mis en œuvre par d'autres services de la municipalité, autrement dit de « choses qui existaient déjà », comme l'explique une chargée de mission du service santé. La notion de recyclage a été développée par Pierre Lascoumes (1994) dans le domaine des politiques environnementales. Cette notion permet de rendre compte et d'analyser le travail de reformulation d'un certain nombre d'éléments déjà structurés, qu'il s'agisse d'actions, de découpages institutionnels, de données, de dispositifs ou encore de pratiques. Dans le cas de la ville de Rennes, les acteurs locaux responsables de la santé ont ainsi traduit des éléments existants, usés d'autres secteurs de l'action municipale, dans le langage de la santé publique (Fassin, 2008). Cette « conversion-adaptation du "déjà-là" » (Lascoumes, 1994 : 23) permet de procéder à un nouveau cadrage de l'action publique, en faisant de la santé l'objectif de chaque politique locale sectorielle. Cette opération de recyclage s'effectue alors par un double travail de relecture et de réécriture des politiques locales à travers le prisme de la santé. Les agents du service santé s'approprient donc le sens de ces politiques existantes sans pour autant réorienter leur mise en œuvre qui continue de dépendre d'autres services. Ce nouveau cadrage de l'action publique s'appuie sur une définition large de la santé issue de la Charte d'Ottawa établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 1986. En effet, la Charte d'Ottawa formule l'idée selon laquelle la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur de la santé, faisant ainsi du logement, de l'alimentation, de l'éducation, des transports ou encore de l'urbanisation autant de conditions favorables à la santé.

L'expérience d'Edmond Hervé en tant que maire de Rennes entre 1977 et 2008 et secrétaire d'État à la santé de 1983 à 1986 apparaît alors comme déterminante dans la prise en compte historique de cette approche globale de la santé au sein de la ville de Rennes (Le Goff, 2011). En outre, l'implication de la municipalité dans la conférence d'Ottawa sur la promotion de la santé, en particulier d'Annette Sabouraud en tant qu'adjointe au maire de Rennes déléguée à la santé entre 1983 et 1995 (Le Gall, 2013), permet également de comprendre pourquoi cette définition de la santé fait particulièrement sens dans le contexte rennais.

Deux exemples permettent d'illustrer cette « mise en santé » des politiques locales existantes. Le premier est la politique municipale du logement. Celle-ci, qui vise initialement à « construire suffisamment de logements et à favoriser la mixité »¹, devient une fois reformulée dans les termes du PLS, une politique locale devant permettre de favoriser « les mixités et l'accès pour tous au logement », mais également de « promouvoir un habitat favorable à la santé » et de « mettre en accessibilité le cadre bâti et les espaces publics » (PLS : 12-15). Le PLS reprend donc les objectifs de la politique du logement tout en rajoutant ceux de la politique de santé. Cette redéfinition des enjeux des politiques locales sectorielles sous l'angle de la santé est également visible dans le cas de la politique de transports. C'est tout particulièrement le cas de la mise en place de vélos en libre-service. En effet, pour le service des transports de la ville, l'enjeu était surtout d'ordre environnemental, puisqu'il s'agissait de « préserver la qualité de l'air, diminuer les émissions de gaz à effet de serre et les nuisances sonores liées à la circulation automobile » comme l'explique un chargé de mission du service transports. D'ailleurs, Erwan Le Goff et Raymonde Séchet notent que le service santé n'avait pas été consulté lors de la mise en place des vélos en libre-service à Rennes (Le Goff et Séchet, 2011 : 112). Or, une fois mise en œuvre, cette politique est réinterprétée par les acteurs municipaux de la santé comme un moyen de « favoriser la mobilité active et l'activité physique » (PLS : 39). Le travail de recyclage passe donc également par des activités cognitives de substitution qui consistent à remplacer des objectifs environnementaux par des objectifs de santé publique.

1.2 La compilation d'actions et de dispositifs existants

Mais le recyclage s'avère également une activité de compilation, entendue comme une collecte de données hétérogènes qui traduit la capacité de certains acteurs à faire circuler l'information d'un monde social à l'autre (Prete, 2008 : 491). La compilation implique alors de sélectionner puis d'extraire des actions ainsi que des dispositifs us de différentes politiques locales sectorielles afin de les intégrer au PLS. Comme l'écrit Johann Petitjean : « Compiler consiste donc à produire de manière raisonnée une unité documentaire nouvelle à partir de documents antérieurs. » (Petitjean, 2010 : 18) Selon une chargée de mission du service santé, l'élaboration du PLS visait alors à « compiler des choses qui participent à la santé, mais qui ne sont pas forcément vues comme y participant ». En effet, à la différence de secteurs d'action publique tels que l'urbanisme et les transports, qui se donnent à voir à travers des éléments tangibles (bâtiments, aménagement de l'espace, véhicules), certaines dimensions de la santé publique apparaissent comme moins visibles. C'est notamment le cas de la promotion de la santé, comme l'explique un médecin de santé publique : « Parfois ils font des actions [les autres services de la ville] où ils n'ont pas forcément l'idée qu'ils contribuent à améliorer l'état de santé des enfants, mais ils le font. Il y a des domaines où ils n'ont pas l'impression d'intervenir sur la promotion de la santé, mais finalement ça participe de notre politique. » La compilation implique donc également un travail réflexif sur les politiques sectorielles existantes en recréant du sens à partir de la réorganisation des actions et des dispositifs (Petitjean, 2010).

L'activité de compilation se pense alors comme une approche « transversale » visant à décroquer les compétences tout en impliquant la participation de secteurs d'action publique diversifiés (Jabot et Loncle, 2007; Emelianoff, 2011) ; comme l'indique un médecin de santé publique : « On a proposé des groupes de travail par priorité de santé publique qui représentaient l'ensemble des services qui, de près ou de loin, contribuaient à la thématique et à chaque fois l'enjeu c'était de partager les constats : sur les conduites à risques, sur la santé de l'enfant, de voir ce que chacun mettait sous ces thématiques et comment, de leur point de vue, ils y contribuaient. » La transversalité s'avère d'autant plus centrale que l'action publique municipale reste calquée sur l'organisation des politiques sectorielles de l'État (jeunesse, social, santé) alors que les politiques locales de santé renvoient à des registres d'action diversifiés (prévention des conduites à risques,

promotion de la santé, accès aux droits et aux soins, actions en faveur de l'accessibilité des personnes en situation de handicap) (Joubert, 1999 : 167). Cette approche transversale permet aux acteurs responsables de la santé d'identifier les dimensions des politiques sectorielles susceptibles d'être recyclées dans le langage de la santé. Les groupes de travail se trouvent ainsi au fondement même du PLS. Cet extrait d'entretien, réalisé avec un chargé de mission du service santé, illustre le rôle joué par la transversalité dans l'élaboration du PLS : « On leur a demandé de nous dire, chacun en ce qui le concerne, en quoi est-ce qu'il intervient dans le domaine de l'accessibilité. Le service des jardins par exemple nous a dit : "dans chacun de nos parcs, on veille à ce qu'il y ait un parcours accessible à une personne qui est en fauteuil". Ce sont des choses qu'on a apprises comme ça. »

En procédant à cette compilation d'éléments existants, les acteurs de la santé vont en quelque sorte « piocher » dans les différentes politiques locales sectorielles, pour reprendre le mot utilisé par Laurence Dumoulin (2000) dans le domaine judiciaire. L'auteure montre en effet que les rapports d'expertise constituent de véritables ressources pour les juges comme pour les avocats lors des jugements : « le rapport d'expertise apparaît comme un réservoir d'idées à l'intérieur duquel les juges piochent un certain nombre d'éléments » (Dumoulin, 2000 : 207). Cette logique nous semble être assez comparable à ce que nous avons observé concernant l'élaboration du PLS dans la mesure où les politiques sectorielles sont vues comme autant de ressources pour les acteurs locaux de la santé. Cependant, comme l'écrit Laurence Dumoulin, cet « art de la pioche » ne renvoie pas à un bloc monolithique, mais davantage à « un ensemble composé d'une multiplicité d'unités » (Dumoulin, 2000 : 207). Pour cette raison, le recyclage implique de recourir à d'autres activités de transcodage visant quant à elles à donner une cohérence à l'ensemble des actions et des dispositifs ayant été sélectionnés et compilés au sein du PLS, c'est-à-dire à combiner et à remettre en ordre les différents éléments collectés (Petitjean, 2010).

2. L'assemblage et la mise en cohérence des politiques sectorielles

2.1 L'unification d'éléments dispersés

Le recyclage des politiques locales sectorielles dans le langage de la santé est associé à un second mécanisme permettant d'unifier la diversité des actions et des dispositifs recyclés. Le travail de compilation implique alors une opération de mise en cohérence des différents éléments préalablement recyclés. Comme l'écrit Florian Charvolin à propos de l'émergence des politiques environnementales en France, l'enjeu de ce travail d'unification est de faire en sorte que la politique publique n'ait « pas l'allure d'une somme chaotique de connaissances qui n'ont rien à voir les unes avec les autres » (Charvolin, 1993 : 146). Pour Florian Charvolin, l'unification repose alors sur une « mise en rapport » visant non seulement à lier cognitivement des actions et des dispositifs disparates, mais également à les réunir matériellement sous la forme d'un rapport. Dans le cas de la politique de santé de la Ville de Rennes, cette mise en cohérence doit permettre que chaque élément trouve une place dans le PLS afin que ce dernier dépasse le seul amas ou empilement d'actions. Ainsi, un élu municipal délégué à la santé souligne que le PLS vise à : « faire ressortir la cohérence de la politique de santé de la ville, ce qui permet à la fois de communiquer vers l'extérieur sur ce que fait la ville et comment cela prend sens. Car ce ne sont pas juste des actions ponctuelles de soutien, il y a un vrai fil rouge de santé publique, une vraie cohérence d'action à la fois envers les territoires et envers les publics. »

Afin d'unifier et de donner une cohérence au PLS, les acteurs du service santé procèdent à un travail de regroupement et de classement permettant de faire rentrer un ensemble d'actions et de dispositifs disparates dans des cases, des rubriques qui correspondent à autant d'enjeux de santé publique. Ce processus permet *in fine* de donner une forme organisée et structurée au PLS pour qu'il devienne un support concret de l'action publique. L'extrait suivant issu d'un entretien réalisé avec un chargé de mission du service santé illustre bien le passage d'une diversité d'actions recyclées au regroupement de ces dernières : « On a regroupé les objectifs, reformulé les actions qu'on faisait parce qu'en fait, quand on a fait l'état des lieux, on se retrouve avec un panel d'actions conséquent. Il y a énormément de choses qui sont d'un côté sur les situations individuelles, donc des choses un peu concrètes, d'un

autre côté, sur la dé-stigmatisation, donc des travaux un peu plus conceptuels de l'ordre de la coordination des acteurs, etc. C'était un peu flou, j'avais beaucoup d'actions et l'idée c'était de pouvoir les regrouper selon un schéma qui était convenable et un peu similaire à tout le monde. [...] Tout ça, c'était très disparate au final, c'est plein d'actions qui travaillent autour de la santé mentale, mais pas forcément classées. »

2.2 Le « bien-être » comme matrice commune

Ce processus de « mise en rapport » se fonde quant à lui sur une matrice commune : l'idée de promouvoir le « bien-être » à l'échelle de la ville. Le caractère assez général et englobant de la notion de « bien-être » est ce qui permet d'inclure et de fédérer une multitude d'éléments dans le PLS. En témoignent les propos d'une autre élue municipale, déléguée à l'accessibilité et aux situations de handicap, qui définit la politique de santé comme : « Tout ce qui va pouvoir converger vers le fait que l'on vit bien dans sa ville; c'est à la fois la qualité des logements, les transports, c'est-à-dire tout un ensemble de facteurs, donc beaucoup de politiques publiques y concourent. » Cette notion de bien-être a aussi l'avantage de pouvoir être déclinée de multiples façons : le « bien-vivre », le « bien-grandir » ou encore le « bien-vieillir » sont des expressions qui, revenues à plusieurs reprises lors des entretiens, sont également présentes dans le PLS. Cette déclinaison du « bien-être » s'avère être une ressource importante pour pouvoir rédiger le PLS. En effet, elle permet de disposer de différentes expressions ou catégories intermédiaires qui offrent la possibilité de « re-grouper » et de « re-classer » la diversité des actions municipales existantes devant être intégrées dans le PLS. Ainsi, le « bien grandir » reprend des actions des politiques jeunesse (améliorer la qualité des repas servis dans les restaurants scolaires, promouvoir l'activité physique des enfants, contribuer à l'éveil culturel dès le plus jeune âge) et le « bien vieillir » reprend des actions menées en direction des personnes âgées (soutenir les initiatives d'aide aux aidants, contribuer à développer le projet de maison de l'autonomie). Le « bien-être » devient alors la matrice opératoire d'unification, le liant par lequel des actions souvent indépendantes, car menées dans le cadre de diverses politiques locales sectorielles (éducation, transports, aménagement du territoire, etc.) sont appropriées dans le PLS. Par exemple, l'un des axes du PLS visant à « promouvoir un environnement favorable à la santé » (PLS : 12-15) fédère toute une série d'actions concernant l'accessibilité des bâtiments, la qualité des logements, les modes de transports actifs ou encore la qualité des milieux.

Par ailleurs, le choix du « bien-être » comme matrice commune peut être mis en relation avec la définition de la santé de la Charte d'Ottawa, à laquelle le PLS et les acteurs locaux chargés de la santé se réfèrent explicitement. Dans son sens le plus courant, la santé est généralement associée aux soins et à la figure du médecin; c'est alors la dimension curative de la santé qui prévaut. Cependant, la Charte d'Ottawa invite à dépasser cette définition « négative »² de la santé en soulignant au contraire que « la santé va bien au-delà des simples soins de santé » et que « son ambition est le bien-être complet de l'individu ». Cet état de bien-être de la personne est alors influencé par des facteurs économiques et sociaux, tels que le revenu, la sociabilité, le logement ou encore la nutrition (Clavier, 2011 : 436). C'est autour de cette définition dite « positive » de la santé que se structure la politique de santé de la Ville de Rennes, comme le mentionne explicitement le préambule du PLS : « la ville fonde son action en faveur de la santé sur une appréhension positive et très large de la santé qui la situe bien au-delà de l'absence de maladie » (PLS : 6). En effet, contrairement à une définition « négative » qui en restreignant la santé à sa dimension curative limiterait considérablement les possibilités d'action, la définition de la santé de la Charte d'Ottawa de l'OMS permet aux acteurs municipaux de faire exister la santé comme un secteur d'action publique sur lequel ils peuvent légitimement se prononcer. Ainsi, comme l'écrit Carole Clavier : « pour les collectivités locales, cette définition est un levier qui leur permet de s'impliquer dans un domaine central à la qualité de vie de leur population, mais pour lequel elles ne disposent souvent pas ou peu de compétences formelles » (Clavier, 2011 : 436).

3. L'élaboration du PLS, une solution stratégique pour les acteurs de la santé ?

3.1 La délimitation symbolique des frontières de la politique locale de santé

Dans le PLS de la Ville de Rennes, l'objectif affiché de la politique municipale de santé est de prendre en charge « la santé pour tous, tout au long de la vie » (PLS : 10), ce qui invite à s'interroger sur le périmètre de ce secteur d'intervention publique. Les acteurs locaux qualifient d'ailleurs de « large » et « vaste » ce domaine d'action dont les frontières semblent difficiles à

tracer. Comme le rappelle Didier Fassin (2000), cette question des limites de la santé publique est une question récurrente de son histoire. En tant que discipline, la santé publique s'est constituée comme un programme d'actions quasi illimité, ce qui la conduit à devoir se définir en permanence en essayant de circonscrire ses missions (Fassin, 2000 : 65). Le PLS n'échappe pas à cette contrainte de délimitation. Pour les acteurs responsables de la santé, il s'agit alors de se repérer en donnant un cadre à leur action pour ne pas en perdre le sens. C'est ce qu'exprime une chargée de mission du service santé : « Sur les questions de santé, on peut travailler dans tous les sens. Au moins là, ça cadre les choses et puis ça donne une lisibilité de notre travail, de notre état de réflexion, de notre volonté d'arriver à tels objectifs. En sachant que derrière la santé, c'est la définition large, c'est le bien-être. Il y a beaucoup de choses qui rentrent derrière la santé ». Dans le cas des politiques locales de santé, l'élaboration de plans doit alors permettre de « restaurer une cohérence face à la dispersion des actions » (Jabot et Loncle, 2007 : 24).

Cet enjeu qu'est la délimitation du périmètre d'action apparaît d'autant plus prégnant que les villes ont assez peu de compétences formelles dans le domaine de la santé (Le Goff, 2011). Le caractère relativement nébuleux des actions menées et à mener semble alors être à l'origine d'un sentiment de flou quant aux missions de la municipalité en matière de santé publique, ce dont rend compte cet extrait d'entretien réalisé avec une chargée de mission du service santé : « Une ville, la compétence santé n'est pas une compétence forte, c'est surtout lié à une volonté politique. Ce qui fait que quand on me demande "qu'est-ce que fait un hôpital en termes de santé?", je suis capable de l'expliquer. Je suis capable d'expliquer ce que fait l'association "L'autre regard" en termes de santé si je m'intéresse au domaine, mais la ville en termes de santé? Je ne sais pas, ce n'est pas quelque chose qui saute aux yeux de tout le monde. » Certains acteurs expriment d'ailleurs une réelle difficulté pour définir leurs activités et identifier leurs missions. Le PLS apparaît alors comme une solution cognitive pour remédier à cette difficulté, car il se présente comme un instrument qui leur permet de clarifier les axes et le périmètre de travail. L'élaboration du PLS est ainsi d'autant plus un enjeu majeur qu'il donne à ces acteurs « une direction », un sens à leurs missions tout en bornant l'espace dans lequel doit se dérouler leurs actions. Autrement dit, c'est le processus même de mise en mots de leurs activités qui donnerait à ces acteurs la possibilité de définir et de délimiter leurs pratiques professionnelles. Ainsi, selon une chargée de mission du

service santé : « Au niveau de mon poste, ça a permis de... quand j'ai été recrutée, ma fiche de poste c'était chargée de mission, on m'a dit que j'allais travailler sur les addictions et derrière il y avait tout un tas de choses qui se faisaient et là ça a permis de réécrire l'ensemble des missions qui étaient faites et de réfléchir à ce qu'on mettait derrière. Donc je pense que rien que concrètement et personnellement, ce sont un peu mes axes de travail. [...] Ça détermine un petit peu le périmètre d'action, ce que l'on peut faire et ce sur quoi on n'ira pas. »

3.2 Le PLS au service d'un repositionnement stratégique de la santé

« La santé publique apparaît comme le parent pauvre de l'action publique : secrétariat d'État sous tutelle d'un grand ministère et peu prisé des hauts fonctionnaires, délégation municipale de second ordre et aux moyens réduits là où elle existe » (Fassin, 2000 : 59). À l'aune de cette réflexion de Didier Fassin pointant la position dominée de la santé publique dans le champ administratif français, le PLS s'avère être une véritable ressource stratégique pour les acteurs municipaux de la santé. En effet, cet instrument est pensé comme une solution à même de faire de la santé un domaine d'action légitime au sein de la ville de Rennes. Ainsi, selon un médecin de santé publique : « Ça permet de marquer les choses : nous, voilà ce que l'on a fait et ce que l'on est capable de faire. » À l'instar des autres municipalités françaises, la Ville de Rennes ne dispose pas de compétences réglementaires spécifiques dans ce domaine, ce qui contribue au sentiment d'illégitimité que les agents qui en ont la charge peuvent ressentir par rapport à leurs collègues travaillant dans des secteurs bien établis et balisés d'intervention tels que la voirie, les écoles, la gestion des équipements sportifs ou culturels. La légitimité des services de santé semble davantage à construire et le PLS est un moyen d'y parvenir en offrant aux acteurs de la santé la possibilité d'être mieux connus et reconnus par d'autres secteurs d'action publique municipale. C'est ce dont rend compte l'extrait d'entretien suivant réalisé avec un médecin de santé publique : « En santé, on souffre du fait que l'on n'est pas toujours associés parce que ce n'est pas quelque chose de naturel ou quand les autres en font, ils ne pensent pas forcément à nous voir donc on l'apprend après. On est toujours dans un positionnement compliqué. C'est vrai que travailler autour du PLS, c'est quand même quelque chose qui permet de remettre les choses à plat. »

On voit ainsi que la légitimité n'est pas un gain attendu une fois le PLS mis en place, mais qu'elle se construit au cours du processus même d'élaboration de l'instrument. Le choix d'opter pour une démarche se voulant « transversale » n'est donc pas uniquement un choix technique, mais également politique au sens où cette « façon de faire » est un des leviers de légitimation de l'activité des acteurs municipaux de la santé. En effet, les groupes de travail qu'implique ce type de démarche sont l'occasion de rappeler aux membres des autres services qui y participent que la santé constitue, elle aussi, une priorité de l'action municipale. Ainsi, selon un médecin de santé publique : « C'était aussi une façon de redire ce que faisait le service santé. [...] On a représenté ce que faisait le service, son rôle. On a représenté les grands enjeux de la ville de Rennes autour de la santé et pourquoi elle était active sur ce champ-là. » La transversalité peut alors être comprise comme une stratégie d'enrôlement et de sensibilisation des autres services aux problématiques de santé, contribuant ainsi à donner du crédit et à consolider la position de l'ensemble du service qui porte ces questions dans l'administration municipale. L'approche transversale est alors doublement justifiée par les acteurs de la santé. D'une part, ce type de démarche s'inscrit dans le prolongement de la définition globale et positive de la santé de la Charte d'Ottawa. La transversalité permet aux acteurs de la santé de fonder leur action sur des savoirs reconnus internationalement et ainsi de se prévaloir d'une expertise complexe (les déterminants de la santé sont multifactoriels) qui justifie les modalités d'élaboration du PLS. D'autre part, cette définition globale de la santé entre en résonance avec de nouveaux modes de fonctionnement administratif qui valorisent le décloisonnement des secteurs d'action publique (Loncle, 1998; de Maillard, 2002). L'élaboration du PLS repose alors sur des modes d'action qui sont ajustés aux routines administratives et donc adaptés aux différents services qui y participent, ce que ne manque pas de souligner une chargée de mission du service éducation : « On travaille beaucoup en groupes de travail donc ça ne peut être que favorable. » En définitive, la transversalité constitue un enjeu fondamental pour les acteurs du service santé dans la mesure où elle permet, selon un chargé de mission du service santé : « d'amener cette entrée et cette vision de la santé publique auprès de nos collègues ».

L'élaboration du PLS peut alors être analysée comme une entreprise de « sanitisation » (Gaborit et Haschar-Noé, 2014) des politiques locales sectorielles visant à « mettre la santé dans l'ensemble des politiques publiques », comme l'explique un élu municipal délégué à la santé. En effet, la participation d'autres services de la ville aux groupes de travail doit les

amener à prendre en compte la santé dans leurs propres actions afin que les différentes politiques sectorielles convergent vers des objectifs de santé et de bien-être (Jabot et Loncle, 2007). Ainsi, selon une chargée de mission du service santé : « L'enjeu, c'est vraiment qu'au fond chaque service pue *in fine* intégrer ces enjeux de santé comme étant un petit peu naturels. » Cette approche visant à introduire la santé dans toutes les politiques publiques, connue sous l'expression anglo-saxonne « *health in all policies* », est directement issue de la Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé (Le Gall, 2013). L'élaboration du PLS constitue donc un vecteur de démination de la santé (Crespin, 2014) au cœur même de l'action municipale. En cela, la transversalité est ce par quoi peut s'opérer concrètement la « sanitisation » des politiques sectorielles dans la mesure où elle permet aux autres services de la ville de s'approprier l'instrument ainsi que les enjeux qu'il véhicule, c'est-à-dire une vision du monde en termes de santé dans l'ensemble des divisions du monde municipal. C'est ce qu'exprime notamment une chargée de mission du service santé : « La fiche sur les personnes âgées peut être complètement mise en avant par la direction des personnes âgées. L'idée c'est que cela pue être vraiment approprié. Ce que je trouverais super c'est que demain j'aille dans un lieu public type EHPAD et que je vois la fiche "agir pour les personnes âgées", car la direction des personnes âgées l'aura mis là où que la direction des sports nous demande d'avoir des fiches sur "promouvoir l'activité physique et la nutrition dans la ville". » En s'inscrivant dans une approche transversale intersectorielle qui se traduit par la mise en place de groupes de travail, les modalités d'élaboration de l'instrument doivent donc permettre de favoriser son appropriation ainsi que sa circulation au sein d'espaces sociaux hétérogènes (Crespin, 2014).

3.3 L'émergence d'obstacles endogènes dans l'élaboration du PLS

Cependant, cette démarche transversale pour élaborer le PLS se heurte à des formes de résistances au sein des services municipaux, ce qui fait de la transversalité à la fois un préalable et un obstacle à l'action publique (Emelianoff, 2011). Tout d'abord, plusieurs acteurs soulignent le risque d'éparpillement de l'action publique engendré par ce type de démarche transversale. Ainsi, selon une chargée de mission : « les démarches transversales sont essentielles, mais il ne faut pas que tout soit dilué dans tout ». De plus, il apparaît que le recours à cette démarche se révèle chronophage, comme l'exprime un chargé de mission du service santé : « C'est un travail

qui nous a pris environ un an et demi de travail interservices, d'échanges, de validations donc c'est quelque chose d'assez dense. » D'ailleurs, le fait que le PLS ne soit pas daté peut être aussi interprété comme une anticipation des contraintes temporelles, comme l'explique une élue municipale déléguée à l'accessibilité et aux situations de handicap : « Quand on fait des choses trop datées, trop précises, on est obligé de refaire une mise à jour très rapide et comme on a quand même mis beaucoup de temps, comme c'est un exercice complexe, on ne peut pas se permettre de le refaire trop souvent. » L'absence de bornes temporelles permet également d'institutionnaliser l'instrument et de l'inscrire dans le temps long en faisant de la santé une catégorie d'action publique locale quasi naturelle ayant toujours existé (Chauvière, 2008).

Des difficultés se manifestent également au sein des différents services administratifs de la municipalité, la participation aux groupes de travail variant fortement d'un service à l'autre. Ainsi, certains services n'ont pas souhaité participer à l'élaboration du PLS, comme l'explique un médecin de santé publique : « La direction des sports, nous les avons associés. On avait du mal à travailler avec eux et ils ne sont pas venus, ça n'a pas permis d'engager un travail. » En outre, certains responsables de services voient dans le PLS une forme d'empiétement sur leurs propres compétences et une possible appropriation de leurs actions et de leurs dispositifs. La transversalité peut donc être à l'origine de certaines réticences de la part des services qui ont « peur que l'on marche sur leurs plates-bandes », comme l'exprime une chargée de mission du service santé. L'intégration de la santé au sein des politiques municipales se heurte aux prérogatives des différents services administratifs, comme l'a mis en évidence Elsa Mor (2011) concernant les démarches transversales dans le domaine du développement durable. Des enjeux de pouvoir s'opposent donc à l'idée de transversalité qui peut être perçue comme une forme d'interférence voire d'ingérence, car ce type de démarche implique de devoir transgresser les frontières plus ou moins formelles qui délimitent les secteurs d'action publique (Emelianoff, 2011). Ces difficultés à dépasser la sectorisation de l'action publique peuvent se traduire par des conflits de compétences et donc des tensions entre services (Gaumer, 1995). C'est ce qu'exprime ce responsable administratif : « Ça peut être source de tensions sur des démarches transversales de ce type-là. C'est-à-dire que moi je n'ai pas besoin que quelqu'un vienne travailler sur "se préparer à vieillir en bonne santé", je le fais déjà. Bon d'accord, la santé s'y intéresse, mais c'est quand même à moi de le faire. Donc il y a aussi tous

ces enjeux-là derrière le travail transversal. » L'approche globale de la santé, et notamment de la Charte d'Ottawa, à travers la démarche transversale qu'elle implique, se heurte donc aux découpages des compétences et au cloisonnement de l'action publique (Jabot et Loncle, 2007).

Par ailleurs, des désaccords sont apparus dans les groupes de travail, certains services exprimant ouvertement leurs divergences face à la ligne défendue par le service santé, ce que met en avant un chargé de mission du service santé : « Il y avait des services qui avaient été invités et qui ne se retrouvaient pas après dans ce qui avait été dit. » La transversalité se révèle donc également contraignante dans la définition des stratégies d'action publique, en particulier lorsqu'il s'agit de concilier des objectifs différents (Mévellec, 2005). Chaque acteur défend le domaine d'action de son service dont il représente les intérêts lors des groupes de travail, ce qui peut générer des réticences pouvant se muer en stratégie de résistance plus ou moins ouverte, comme le résume explicitement une chargée de mission sur la thématique de la promotion de la santé : « La plus grande difficulté, c'est de travailler avec des partenaires très diversifiés. [...] Chacun peut avoir des visions un peu différentes de la stratégie, chacun peut avoir envie de s'impliquer différemment. C'est ce qui prend le plus de temps. » La transversalité en matière d'action publique est confrontée à des divergences de valeurs et d'intérêts entre acteurs (Mor, 2011). Une élue municipale déléguée à l'accessibilité et aux situations de handicap, se montre par exemple assez critique à l'égard de la définition positive et globale de la santé sur laquelle s'appuie le PLS : « Le côté très large en ce qui concerne plus spécifiquement le handicap, je trouve que quand même quelques fois, ça évacue certaines spécificités des personnes handicapées. [...] Il y a un moment donné où il faut quand même mettre des moyens spécifiques et c'est là que je trouve qu'il y a certaines difficultés, contradictions, à avoir une définition très très générale qui englobe tout. » Cependant, à l'instar de ce que décrit Vincent Gayon concernant l'élaboration d'un rapport de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (Gayon, 2009), les difficultés rencontrées dans l'élaboration de l'instrument font ensuite l'objet d'une invisibilisation au sein du PLS, lequel souligne au contraire l'existence « d'orientations partagées » (PLS : 8). Dès lors, effacer toute trace de conflit entre services administratifs dans le PLS permet de faire de la santé un domaine d'intervention municipale d'autant plus légitime qu'il apparaît consensuel.

Conclusion

En analysant le processus d'élaboration du PLS de la Ville de Rennes, nous avons montré comment les activités de transcodage permettaient d'intégrer la santé aux différentes politiques municipales. Le recyclage des politiques sectorielles dans le langage de la santé et leur assemblage à travers la matrice commune qu'est le « bien-être » révèlent le caractère discursif de cette « mise en santé » des politiques municipales, puisque c'est à travers ces activités de transcodage que les politiques municipales deviennent favorables à la santé. De son côté, la politique locale de santé apparaît notamment comme une pratique discursive (Fassin, 2000) dans la mesure où ce travail de mise en mots permet à la santé de se structurer en tant que secteur d'action publique locale. Par ailleurs, nous avons montré que l'élaboration du PLS s'inscrivait dans une stratégie de légitimation professionnelle des acteurs locaux chargés de la politique de santé, visant à faire connaître et reconnaître leurs savoir-faire ainsi que leurs compétences au sein des différents services municipaux. Mais l'élaboration du PLS rencontre également des formes de résistance parmi ces mêmes services. En effet, l'intégration de la santé dans les différentes politiques sectorielles se heurte au cloisonnement de l'action publique ainsi qu'à des objectifs divergents en matière de politiques municipales. Dès lors, l'appropriation du PLS par les différents services administratifs de la ville peut apparaître comme une modalité de résolution de ces conflits, en permettant à ces services de faire de la santé un argument supplémentaire de légitimation de leurs actions, tout en favorisant la démination de l'instrument et des enjeux qu'il véhicule au sein de l'action publique locale.

Notes

¹ Présentation de la politique de logement sur le site Internet de la ville.

² Depuis la fin des années 70, l'OMS distingue l'approche « négative » de la santé, c'est-à-dire « l'absence de maladie et d'infirmité », de l'approche « positive » faisant de la santé « un état de bien-être total physique, social et mental de la personne ».

Remerciements

Cet article est notamment issu d'une recherche menée dans le cadre d'un mémoire de master réalisé à l'Institut d'études politiques de Rennes au cours de l'année 2012-2013. Nous tenons à remercier les évaluateurs ainsi que les deux directeurs de ce numéro de la revue *Lien social et Politiques* pour leurs précieux et constructifs commentaires sur les différentes versions de ce texte.

Références bibliographiques

Bergeron, Henri. 2010. « Chapitre 3. Les politiques de santé publique », dans Olivier Borraz et Virginie Guiraudon (dir.). *Politiques publiques 2*. Paris, Presses de Sciences Po « Académique » : 79-111.

Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé ue de la première Conférence internationale sur la promotion de la santé. 1986. <www.euro.who.int/fr/who-weare/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>. Page consultée le 15 septembre 2016.

Charvolin, Florian. 1993. « La "mise en rapport" des pollutions et nuisances (1964-1967). Inscriptions, affaires publiques et changement d'échelle environnementale en France », dans CRESAL. *Les Raisons de l'action publique. Entre expertise et débat*. Paris, L'Harmattan : 137-153.

Chauvière, Michel. 2008. « La parentalité comme catégorie de l'action publique », *Informations sociales*, 149 : 16-29.

Clavier, Carole. 2009. « Les élus locaux et la santé : des enjeux politiques territoriaux », *Sciences sociales et santé*, 27, 2 : 47-74.

Clavier, Carole. 2011. « Santé », dans Romain Pasquier, Sébastien Guigner et Alistair Cole (dir.). *Dictionnaire des politiques territoriales*. Paris, Presses de Sciences Po : 435- 439.

Crespin, Renaud. 2014. « Des objets techniques aux objets-frontières : appropriation et détermination des instruments d'action publique. Commentaire », *Sciences sociales et santé*, 32 : 57-66.

De Maillard, Jacques. 2002. « Les nouvelles politiques socio-urbaines contractuelles entre conflits et apprentissages », *Politix*, 15, 60 : 169-191.

Dumoulin, Laurence. 2000. « L'expertise judiciaire dans la construction du jugement : de la ressource à la contrainte », *Droit et société*, 44/45 : 199-223.

Emelianoff, Cyria. 2011. « Chapitre 9. La ville durable en quête de transversalité », dans Nicole Mathieu (dir.). *La ville durable, du politique au scientifique*. Éditions Quæ « Indisciplines » : 129-142.

Fassin, Didier. 1998. *Les Figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*. Paris, La Découverte.

Fassin, Didier. 2000. « Comment faire de la santé avec des mots. Une rhétorique à l'œuvre », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 7, 1 : 58-78.

Fassin, Didier. 2008. *Faire de la santé publique*. 2^e édition. Rennes, Presses de l'EHESP.

- Gaborit, Émilie et Nadine Haschar-Noé. 2014. « Une entreprise de "sanitarisation" de l'école. L'exemple de l'approche "École en santé" au Québec », *Sciences sociales et santé*, 32 : 33-56.
- Gaumer, Benoît. 1995. « Les services de santé publique des villes nord-américaines : une longue tradition d'engagement municipal », *Lien social et Politiques*, 33 : 97-106.
- Gayon, Vincent. 2009. « Un atelier d'écriture internationale : l'OCDE au travail. Éléments de sociologie de la forme "rapport" », *Sociologie du travail*, 51, 3 : 324-342.
- Jabot, Françoise et Patricia Loncle. 2007. « Dimensions territoriales des politiques de santé publique et influences sur les métiers », *Santé publique*, 19 : 21-35.
- Jobert, Bruno. 1981. *Le Social en plan*. Paris, Les Éditions ouvrières.
- Joubert, Michel. 1999. « Politiques locales et nouveaux dispositifs d'action dans le domaine des toxicomanies », *Déviance et société*, 23, 2 : 165-187.
- Lascoumes, Pierre. 1994. *L'Éco-pouvoir. Environnement et politiques*. Paris, La Découverte.
- Lascoumes, Pierre et Le Galès, Patrick (dir.). 2005. *Gouverner par les instruments*. Paris, Presses de Sciences Po « Académique ».
- Le Gall, Judith. 2013. *La santé dans la ville : vers un nouveau référentiel d'urbanisme ?* Mémoire de maîtrise d'ouvrage urbaine et immobilière. Rennes, EHESP.
- Le Goff, Erwan, Raymonde Séchet et Olivier David. 2010. « Penser la santé dans la gestion des espaces urbains : un projet de recherche sur les Villes-Santé en Bretagne », *ESO Travaux et Documents, Espaces et Société — UMR 6590* : 33-41.
- Le Goff, Erwan. 2011. « Innovations politiques locales, régulation de l'État et disparités territoriales. Un regard historique sur les politiques locales de santé dans les villes françaises (1879-2010) », *Revue française des affaires sociales*, 4 : 158-177.
- Le Goff, Erwan et Raymonde Séchet. 2011. « Les villes-santé et le développement durable : convergence, concurrence ou écran ? », *L'Information géographique*, 75, 2 : 99-117.
- Loncle, Patricia. 1998. « Les politiques locales de jeunesse : laboratoire d'expérimentations territoriales ou politiques publiques transversales ? », *Politiques et management public*, 16, 3 : 93-115.
- Lorrain, Dominique. 2005. « Chapitre 4 : Les pilotes invisibles de l'action publique. Le désarroi du politique ? », dans Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès (dir.). *Gouverner par les instruments*. Paris, Presses de Sciences Po « Académique » : 63-197.
- Mannoni, Chantal. 2010. « Pourquoi s'engager dans la réalisation d'un plan local de santé ? », *Les échos des ateliers permanents du CR-DSU*, 7 : 9.
- Mévellec, Anne. 2005. « Chapitre 2. Du difficile usage du concept dans l'agglomération de Rennes », Nicole Mathieu (dir.). *La ville durable, du politique au scientifique*. Versailles, Éditions Quæ « Indisciplines » : 37-45.
- Mor, Elsa. 2011. « Des initiatives locales européennes pour atteindre le facteur 4 ? », *Développement durable et territoires*, 2, 1. <www.developpementdurable.revues.org/8759>. Page consultée le 24 septembre 2016.
- Petitjean, Johann. 2010. « Compiler. Formes, usages et pratiques », *Hypothèses*, 13 : 15-25.
- Plan local de santé de la Ville de Rennes. 2013. <www.metropole.rennes.fr/politiques-publiques/culture-education-vie-sociale/la-sante/>. Page consultée le 8 septembre 2016.
- Prete, Giovanni. 2008. « Surveiller en éradiquant : l'importance des "médiateurs de la surveillance" et des réseaux informels dans la surveillance des risques sanitaires et environnementaux », *Sociologie du travail*, 50 : 489-504.