



Master 2 Mention Santé publique

**Parcours : Pilotage des politiques et actions en
santé publique**

Promotion : **2023-2024**

Date du Jury : **septembre 2024**

Analyse de la convergence de finalités et d'intérêts différents : l'exemple de l'évaluation et du renouvellement d'un Contrat Local de Santé

Juliette BESNARD

Remerciements

Ce travail de mémoire vient achever une année particulièrement riche d'enseignements. Tout d'abord avec le master PPASP, au sein duquel j'ai appris autant sur les bancs de la salle C6 qu'en-dehors. Je tiens à remercier tout particulièrement Monsieur Arnaud Campéon, responsable émérite du master, pour sa bienveillance, sa pédagogie et son aide toujours précieuse. Cette dernière année universitaire n'aurait certainement pas eu la même saveur sans vous. Une attention particulière à mes camarades de classe et parfois de galère pour tous les bons moments passés et à venir.

Un immense merci à toutes les personnes qui ont accepté de répondre à mes questions pas toujours diplomatiques ni convenues. Votre temps, vos connaissances et vos expériences m'ont permis de mieux saisir mon objet d'étude et d'adopter un autre point de vue, plus mûr et plus proche de la recherche.

Bien évidemment, un très grand merci à madame Anne Moyal, directrice de ce mémoire pour toute l'attention et le temps qu'elle a bien voulu y consacrer. Vos relecture, corrections, pistes de recherches et conseils de lectures m'ont permis de développer mon travail et m'ont également servi au-delà, dans ma pratique professionnelle.

Cette année n'aurait également pas été la même sans ma tutrice, A. Merci pour tout ce que tu m'as apporté en un an, et ce que tu m'apportes encore aujourd'hui. Merci pour tout le temps, la bienveillance, les rires, les potins biches, les conseils, et tout ce que j'oublie. Merci d'avoir mis en place ce cadre sécurisant qui m'a permis d'apprendre et de développer mes compétences en toute confiance.

Enfin, merci à ma famille et mes amis proches de m'avoir soutenue tout au long de ce long parcours. Ce mémoire vient achever six (parfois longues) années d'études, de Sciences Po Rennes à l'EHESP en passant par la Bavière. Un merci tout particulier à ceux qui m'ont supporté durant les phases finales de ces trois mémoires en trois ans.

Sommaire

Introduction	1
1.1 Les Contrats Locaux de Santé :	4
1.2 Présentation du terrain d'enquête :	5
1.3 Le CLS de Villerose Agglomération :	7
1.4 L'évaluation des CLS :	8
1.5 Méthodologie :	12
2 Les finalités recherchées par chaque acteur	15
2.1 Villerose Agglomération	15
2.1.1 La finalité opérationnelle	16
2.1.2 La finalité stratégique	19
2.1.3 La finalité démocratique	21
2.2 L'ARS	24
2.2.1 La finalité stratégique	24
2.2.2 La finalité démocratique	25
2.2.3 La finalité de l'accountability	26
2.3 Les autres acteurs impliqués dans l'évaluation	29
2.3.1 Les pilotes d'action du CLS de Villerose Agglomération	29
2.3.2 Les citoyens du territoire de Villerose Agglomération	30
3 Analyse de la rencontre des intérêts permettant la réussite de l'évaluation	35
3.1 Dépassement du cadre théorique des finalités	35
3.1.1 Des organisations complexes et plurielles	35
3.1.2 Remise en cause de l'applicabilité du cadre théorique des finalités de l'évaluation	37
3.1.3 Confusion sur les limites de la démarche d'évaluation avec celle du diagnostic et du renouvellement	40
3.2 Des compromis réalisés dans le cadre de l'évaluation afin de permettre le renouvellement du CLS	43

3.2.1	Une évaluation sans risque de non-renouvellement.....	43
3.2.2	L'évaluation venant à la fois terminer le CLS1 et lancer le CLS2	44
3.3	Les dynamiques à l'œuvre pour l'évaluation sont celles de la contractualisation	47
3.3.1	Une négociation constante entre les parties	47
3.3.2	Une interdépendance des acteurs menant à leur accord	49
3.3.3	Le contrat, une solution consensuelle	53
Conclusion		57
Bibliographie		59
Liste des annexes		I
Annexe 1	Erreur ! Signet non défini.	
Annexe 2 :	Erreur ! Signet non défini.	
Annexe 3	Erreur ! Signet non défini.	
Annexe 4 :	Erreur ! Signet non défini.	
Note Réflexive	Erreur ! Signet non défini.	

Liste des sigles utilisés

AAP : Appel À Projets
AMI : Appel à Manifestation d'Intérêt
ARS : Agence Régionale de Santé
CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de Santé Au Travail
CLS : Contrat Local de Santé
CLSM : Conseil Local en Santé Mentale
COMEX : Comité Exécutif
COTECH : Comité Technique
COPIL : Comité de Pilotage
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DD : Délégation Départementale (de l'ARS)
DGA : Directrice Générale Adjointe
DGS : Directrice Générale des Services
EPCI : Etablissement Public de Coopération Intercommunale
ETP : Equivalent Temps Plein
FIR : Fond d'Intervention Régional
loi HPST : loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire
IREPS : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé
MSA : Mutualité Sociale Agricole
PPS : Prévention Promotion de la Santé
PRS : Projet Régional de Santé
RH : Ressources Humaines
SFE : Société Française de l'Evaluation
SISM : Semaines d'Information sur la Santé Mentale

Introduction

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, plus généralement connue sous le nom de loi HPST : Hôpital-Patients-Santé-Territoire réforme en profondeur l'organisation territoriale du système de santé français. Cette loi a notamment été portée par Roselyne Bachelot, Ministre de la Santé sous Nicolas Sarkozy de 2007 à 2010. Elle défend ce projet de loi ambitieux qui s'inscrit dans une démarche de planification et de territorialisation du système de santé français (Jourdain et al., 2017). Si l'un des volets majeurs de cette loi concerne la réforme hospitalière, elle dépasse très largement ce cadre en modifiant plus de 800 articles de différents codes (Tabuteau, 2010). Cette loi a pour objectif de territorialiser la politique de santé, tout en gardant un pilotage au niveau central. Ainsi, la loi HPST va venir définir des échelons d'action avec la création des Agences Régionales de Santé (ARS) au niveau des régions avec l'élaboration des Projets Régionaux de Santé (PRS), puis le niveau départemental avec les Délégations Départementales des ARS. Ces ARS regroupent différentes structures préexistantes comme les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), les ex-directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) ou encore les ex-directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS). Les ARS vont donc avoir comme objectif de décliner la politique nationale en la territorialisant.

La question de la territorialisation de la politique de santé s'intègre dans un contexte plus large, celui de la décentralisation. La décentralisation qui a été formalisée par la réforme constitutionnelle de 2003 a débuté avant ce qu'on a appelé les actes de la décentralisation, avec les premières lois de la 3ème République (Ravignon, 2024). Par la suite, différents mouvements successifs de décentralisation des pouvoirs et des compétences ont eu lieu avec notamment l'acte I de la décentralisation et les lois Defferre à partir de 1982 (vie publique). Par la suite, la réforme constitutionnelle de 2003 et des lois organisant l'autonomie des collectivités territoriales ainsi que le transfert de compétences de l'État vers ces collectivités (vie publique). La décentralisation émane d'une volonté de renforcer le pouvoir des collectivités territoriales. Le mouvement de décentralisation va voir s'opérer un transfert de compétences de l'état central vers des entités locales. Ces entités locales ou collectivités territoriales sont donc des autorités publiques distinctes de l'État (vie publique). Il existe trois grands types de collectivités locales : les communes, les départements et les régions qui ont chacun leurs compétences propres. Un dernier type de collectivité s'est notamment développé depuis le début des années 2000 et la loi Chevènement, les

Établissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) qui peuvent prendre différentes formes : les syndicats de communes, les communautés de communes et les communautés d'agglomération.

La décentralisation est parfois confondue avec la déconcentration. La déconcentration est également au cœur de la question de l'organisation territoriale de l'État. Si la décentralisation s'opère avec le transfert de compétences de l'État vers les entités locales, on observe le phénomène de déconcentration quand le pouvoir étatique est conservé par les services de l'État malgré sa diffusion dans les territoires. La déconcentration se matérialise par exemple avec les préfetures. Les préfets sont ainsi les représentants de l'État au niveau local. Dans l'ensemble, le but de la déconcentration des pouvoirs de l'État est d'améliorer son efficacité en établissant une chaîne hiérarchique claire au sein des territoires.

La loi HPST formalise donc plusieurs échelons d'action dans le domaine sanitaire, en regroupant des institutions au niveau régional et en affectant aux ARS et à leurs DD des compétences propres sur leur territoire. Pour autant, cette territorialisation de l'action publique est relativisée par la structure de gouvernance des ARS. En effet, pour certains, les ARS viennent renforcer le pouvoir de l'État central dans les régions (Benamouzig et Pierru, 2009). En effet, on peut observer que le directeur d'une ARS est, à l'instar des préfets de département ou de région, nommé en Conseil des Ministres. Ainsi, les ARS, comme les préfetures, ont pour rôle de représenter l'état central, et pour les premières, de mettre en œuvre la politique nationale de santé. La création des ARS permet ainsi de regrouper en une institution unique toutes les institutions mentionnées précédemment ainsi que leurs compétences. De fait, on a pu assister à une clarification de la politique sanitaire au niveau régional. Cette clarification s'accompagne d'un renforcement du pilotage de l'État sur les régions. Ainsi, les ARS s'intègrent dans une volonté de territorialisation entre déconcentration et centralisation du pouvoir de l'État (Jourdain, Munoz et Hubedine, 2017). Si les ARS sont compétentes au niveau régional, elles ont également vocation à décliner la politique de santé à des échelons plus restreints. C'est pourquoi il existe des Délégations Départementales (DD) dans les départements. Ces DD sont les interlocutrices privilégiées des acteurs du territoire et en assurent, selon la coordinatrice régionale des Contrats Locaux de Santé (créés en 2000 par la loi HPST), l'animation. La direction des DD doit permettre la déclinaison des politiques régionales sur le territoire, en permettant la différenciation en fonction des spécificités de chaque territoire. Selon la coordinatrice des CLS de la région enquêtée dans ce mémoire, la DD assure une mission de proximité en représentant localement l'ARS. Elle est l'interlocutrice privilégiée des élus, des Préfets et des services de l'Etat, ainsi que des professionnels de santé. La DD est chargée de décliner

et d'adapter la stratégie régionale de santé (santé environnement, santé publique, prévention, offre hospitalière, médico-sociale et ambulatoire...)

La marge de manœuvre des ARS est variable en fonction des thématiques avec une plus grande liberté au niveau de la Prévention Promotion de la Santé (PPS) selon la coordinatrice régionale des CLS. Ainsi, les ARS sont chargées de mettre en œuvre ce que demande l'échelon national en jouant avec sa marge de manœuvre. Chaque ARS peut donc décider de la doctrine régionale sur les différents sujets dont elle s'empare en fonction de la marge de manœuvre dont elle dispose.

La décentralisation a également contribué à une nouvelle forme de gouvernance, à travers notamment la contractualisation (Gaudin, 2004, p.216). La contractualisation est une forme d'innovation instrumentale (Lascoumes et Le Galès, 2005). En France, la contractualisation et le recours à des contrats d'action publique s'est développée à partir des années 70 jusqu'à devenir aujourd'hui commun à tous les domaines. Ainsi, pour la Directrice Générale des Services de Villers Agglomération (les lieux cités ont été anonymisés), chaque politique publique ou domaine de politique publique a un contrat : contrat de territoire, contrat de relance et de transition écologique (CRTE), COT, Bassins versants, Contrat Local de Santé... Le contrat est devenu une solution universelle (Berrivin et Musselin, 1996). En santé, on considère que le contrat s'est généralisé (Duchesne, 2018). Le développement de la contractualisation résulte au-delà de la décentralisation d'une période de critiques de l'État et de perte de la légitimité de son action publique. Le contrat est présenté comme la solution pour résoudre cette crise de la légitimité de l'action publique et de l'État (Berrivin et Musselin, 1996). Un contrat d'action publique renvoie à "des procédures d'accord formalisées sur des objectifs à moyen terme qu'impliquent des contributions communes" (Gaudin, 2004). Ces contrats n'ont en fait pas d'existence juridique et se distinguent très nettement des contrats de droit privé par leur souplesse. Les trois caractéristiques majeures d'un contrat sont "un temps de discussion explicite sur les objectifs recherchés et les moyens correspondants, des engagements réciproques sur un calendrier d'action et de réalisation à moyen terme et des clés de contribution (financière ou autre) conjointe à la réalisation des objectifs" (Gaudin, 2004). Ce qu'on appelle ici contrat ou démarche de contractualisation peut recouvrir des interventions publiques portant différents noms : contrat, convention, schémas, ...

Cette contractualisation est au cœur de la réforme de l'organisation territoriale du système de santé. En effet, les ARS, créées en 2009 par la loi HPST sont également inscrites dans une relation de contractualisation. En effet, chaque ARS est en Contrat Pluriannuel

Juliette BESNARD - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

<2023-2024>

d'Objectifs et de Moyens avec le ministère de tutelle (Duchesne 2018). "Cette contractualisation est le point d'orgue du passage d'une gouvernance par planification à une gouvernance par incitation" (Duchesne 2018). Cette évolution de la planification vers l'incitation s'inscrit dans un nouveau cadre théorique de la gouvernance de l'action publique : le New Public Management

1.1 Les Contrats Locaux de Santé :

Au niveau local, la loi HPST va permettre la création des CLS, outils de déclinaison du PRS au sein du territoire. Ces CLS sont coportés par une collectivité territoriale et une ARS. Cette innovation permet de formaliser le rôle des collectivités locales comme les communes ou les intercommunalités comme maillon de la chaîne en matière de santé publique. Leur but est de permettre une différenciation territoriale en fonction des besoins exprimés du terrain, documentés dans le cadre d'un diagnostic local de santé. Cette différenciation doit permettre, dans le cadre de la mise en œuvre du PRS, de réduire les inégalités territoriales de santé. Selon le site internet national des ARS, les CLS sont "l'expression des dynamiques locales partagées entre acteurs et partenaires sur le terrain pour mettre en œuvre des actions, au plus près des populations". Ces CLS sont aujourd'hui déployés sur tout le territoire national avec un objectif ministériel de 100% de la population française couverte par un CLS, selon la coordinatrice régionale des CLS, rencontrée et interrogée dans le cadre de ce travail.

La signature de ces CLS est la mise en œuvre d'une politique publique au niveau local. Une politique publique désigne l'ensemble des interventions d'une autorité investie de puissance publique sur un domaine spécifique de la société ou du territoire (Grawitz, Leca et Thoenig, 1985). Il s'agit ici d'une politique ou encore intervention publique dans le domaine de la santé destinée à l'amélioration du niveau général de santé des habitants d'une collectivité territoriale. Cette intervention publique est ici co-portée par la collectivité locale, Villerose Agglomération et l'ARS Bleuereine avec un pilotage stratégique assuré par ces deux acteurs ainsi que les autres signataires le cas échéant. Le programme d'actions est lui mis en œuvre par des pilotes d'action qui peuvent être des opérateurs ou des partenaires comme des associations (Addictions France, structures locales, ...), des institutions (département, préfecture, communauté de communes, ...) ou encore des établissements sanitaires, médico-sociaux ou sociaux.

1.2 Présentation du terrain d'enquête :

Villeroze Agglomération est une communauté d'agglomération créée en 2017 et qui compte depuis le 1er janvier 2023, 65 communes avec l'intégration d'une nouvelle commune. Le territoire couvert par l'agglomération est principalement rural avec un grand nombre de communes comptant moins de 1000 habitants (31 au recensement 2021 de l'INSEE). La communauté d'agglomération s'est formée par la fusion de plusieurs intercommunalités autour du pays de Villeroze. Cet Établissement Public de Coopération Intercommunale (EPCI) compte environ 100 000 habitants.

Le territoire est situé dans le département des Rougécadres à son extrémité Est. Le territoire s'étend sur quasiment 1000 km² allant de la côte au centre de la région. Le conseil communautaire de l'agglomération, composé par des élus municipaux des communes membres, compte une centaine d'élus dont certains, environ 15, se sont vu confier des compétences particulières et sont les vice-présidents. Le conseil communautaire est l'organe délibérant de l'agglomération et il délègue une partie de ses attributions au bureau communautaire. Ce dernier est constitué du président et des vice-présidents. Le président est l'employeur des cinq cents agents travaillant pour l'agglomération sur les différentes thématiques traitées par l'EPCI. L'Agglomération est ainsi compétente sur ces sujets : Développement économique du territoire (économie, tourisme), Aménagement de l'espace communautaire (urbanisme, foncier), Transport et mobilité, Équilibre social de l'habitat (habitat, logement), Politique de la Ville, Création et gestion d'aires d'accueil des gens du voyage, Collecte et traitement des déchets, Gestion des milieux aquatiques et préventions des inondations, climat, énergie, Eau, Eaux pluviales, Assainissement, Voirie d'intérêt communautaire, Équipements culturels et sportifs d'intérêt communautaire, Action sociale : petite enfance et enfance. La santé ne fait pas partie des compétences obligatoires d'une agglomération mais ces dernières permettent une approche globale de la santé comme la définit l'Organisation Mondiale de la Santé dans sa constitution rédigée en 1946 et rentrée en vigueur en 1948 : "La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité". Cette approche systémique est permise avec une collaboration au-delà du seul sanitaire avec des thématiques comme la protection de l'environnement, l'urbanisme favorable à la santé ou encore l'action sociale. L'intégration des collectivités territoriales disposant de ces compétences fait sens afin d'atteindre le plus haut niveau de santé selon cette définition. De plus, avec le développement de l'approche One Health, également issue de l'Organisation Mondiale de la Santé, qui prône une vision globale de la santé, pas seulement humaine mais également celle de l'écosystème toute entière, la pertinence des

collectivités locales comme échelon d'action et de portage de politiques publiques est renforcée.

Le territoire couvert par Villerose Agglomération est assez vieillissant, avec un littoral marqué par une plus grande richesse en comparaison du reste du territoire en-dehors de la centralité qui est rural, agricole et plus pauvre. Les grandes thématiques marquantes du territoire sont le vieillissement, la santé mentale avec un taux de suicide assez élevé et un développement de l'enjeu environnemental. Ce territoire est à l'extrémité du département des Rougécadres, en frontière de celui de la Vertepomme. Les liens avec ce dernier département sont renforcés par l'appartenance à un territoire de santé qui s'étend sur cette zone des deux départements. Un territoire de santé ou territoire de démocratie en santé est un découpage administratif réalisé par les ARS afin de permettre selon le site de l'ARS Bleuereine : la mise en cohérence des projets de l'ARS, des professionnels et des collectivités territoriales et la prise en compte de l'expression des acteurs du système de santé, et notamment celle des usagers. Sur le territoire englobant Villerose Agglomération, l'actualité est notamment occupée par la question du Groupement Hospitalier de Territoire avec la fusion de différents établissements dont l'hôpital de Villerose. Les élus et les citoyens sont particulièrement sensibles à la question du maintien d'une offre de soin sur le territoire en lien avec le sentiment de manque de professionnels de santé. Plusieurs communes déploient ainsi des mesures afin d'attirer des professionnels, notamment médecin généraliste, sur leur commune.

La doctrine régionale de l'ARS est d'utiliser les CLS comme moyen de différenciation entre les territoires tout en déclinant la politique régionale précisée dans le PRS. Celui-ci est défini pour 5 ans et se compose de plusieurs documents : le cadre d'orientation stratégique, le schéma régional de santé et le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies. L'ensemble permet de définir les priorités et les enjeux à relever sur le territoire régional durant les cinq ans de mise en œuvre. Les grands axes stratégiques des CLS sont par ailleurs issus de ce PRS, soulignant ainsi leur vocation de déclinaison de la politique régionale. Ces grands axes sont ensuite déclinés en plan d'action qui émerge du territoire et de ses acteurs. La loi HPST crée l'article L1434-17 du code de la santé publique : " [...] La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social. [...]". On voit bien ici que les CLS sont un outil de "mise en œuvre" du PRS.

L'ARS Bleuereine a établi une doctrine spécifique sur la mise en œuvre des CLS. En effet, les CLS ne sont pas financés par l'échelon national. Leur financement provient du Fonds d'intervention régional (FIR) mais sans être une enveloppe fléchée. Dans la région concernée par ce travail de mémoire, un CLS doit être positionné sur au moins un EPCI comptant un minimum de 50 000 habitants. L'ARS co-finance à égalité avec la collectivité territoriale un temps d'ingénierie territoriale à hauteur de 0,5 ETP pour les CLS sur des territoires allant jusqu'à 150 000 habitants et 2 fois 0,5 ETP pour les CLS au-delà de 150 000 habitants. Cette enveloppe est de 25 000 euros pour les CLS de moins de 150 000 habitants et de 50 000 euros pour ceux au-delà. Ce temps d'ingénierie territoriale doit permettre la coordination, l'animation, le suivi, l'évaluation du CLS ainsi que le diagnostic local de santé. Ce temps d'ingénierie territoriale en santé est une spécificité régionale qu'on ne trouve pas sur tout le territoire national. Cette particularité permet aux CLS d'être portés personnellement auprès des partenaires ou encore des élus. Les actions du plan d'action sont, elles financées par d'autres biais comme les Appels à Projets (AAP) ou encore des enveloppes fléchées du FIR. Il s'agit d'une position particulière de l'ARS Bleuereine qui souhaite soutenir par ce biais le déploiement des CLS et donc l'atteinte de leur objectif principal, la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé.

1.3 Le CLS de Villerose Agglomération :

En 2019, l'EPCI voisin de Villerose Agglomération, situé dans le département de la Vertepomme mais sur le même territoire de démocratie en santé, s'est engagé dans la démarche de préparation à la signature d'un CLS. C'est dans ce contexte que Villerose Agglomération s'est également engagée dans ce processus afin de couvrir l'intégralité du territoire de démocratie en santé avec des Contrats Locaux de Santé. La DD de la Vertepomme de l'ARS a suivi le projet d'élaboration du CLS car les deux territoires relèvent du territoire de démocratie en santé dont elle est référente. Un diagnostic local de santé a été réalisé en 2019 par un cabinet de conseil sur les deux territoires. Ce diagnostic local a permis de définir des priorités pour chaque territoire. Ces priorités, confrontées à la déclinaison locale du Projet Régional de Santé (PRS) de l'ARS et aux besoins et volontés des partenaires et acteurs du territoire, ont donné naissance à un programme d'action. Ce programme, composé de 4 axes, 11 objectifs et 27 actions a été établi pour une durée de cinq ans. Le Contrat Local de Santé de Villerose Agglomération a été signé par la collectivité territoriale et l'ARS Bleuereine, mais également par 8 autres partenaires, nommés signataires : la région Bleuereine, le département, la préfecture, la CPAM, la MSA, la CARSAT, l'Education Nationale et l'enseignement privé catholique. Ces signataires forment le Comité de Pilotage (COPIL) qui est chargé selon les statuts du CLS d'être l'instance de

Juliette BESNARD - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

<2023-2024>

décision du CLS. Il est co-présidé par un représentant de l'ARS et de la collectivité territoriale. Le binôme coordinateur du CLS au sein de la collectivité et référent CLS au sein de la DD de l'ARS est chargé de préparer les réunions du COPIL. Il a pour but de s'assurer de l'articulation entre les actions mises en œuvre dans le cadre du Contrat et les politiques mises en œuvre par chaque signataire. Il se réunit normalement une fois par an. La mise en œuvre des décisions du COPIL est suivie par le Comité Technique (COTECH) qui est selon le contrat composé de représentants des principaux signataires mais qui ne réunit dans la pratique de ce CLS que l'ARS et Villeroze Agglomération. Il s'agit de l'instance opérationnelle.

Le plan d'action a été lancé début 2020 avec une fin prévue fin 2024. Le contexte de la crise sanitaire qui a paralysé le monde et redistribué les cartes en matière de priorité sanitaire, a perturbé sa mise en œuvre. De plus, la coordinatrice du CLS présente lors de son élaboration a quitté l'équipe début 2021 et n'a été remplacée qu'après une vacance de poste de 6 mois. La nouvelle coordinatrice, actuellement en poste, n'a pas bénéficié d'un "tuilage" avec sa prédécesseuse, ce qui a compliqué la transition. Les premiers mois de sa prise de poste ont ainsi été consacrés à la reconstitution du lien avec les différents pilotes d'action et partenaires. De plus, du fait de l'actualité sanitaire, elle a également été chargée de la coordination du centre de vaccination pour la collectivité territoriale. Ainsi, il est admis par l'équipe resserrée du CLS au sein de la collectivité territoriale que le plan d'action n'a réellement été mis en œuvre qu'à partir de 2022, soit deux ans après la signature officielle du contrat. Si certaines actions ont pu être déployées en l'absence de la coordinatrice et malgré le contexte sanitaire, l'évaluation a montré que les pilotes d'action et partenaires étaient en demande la coordination menée par la chargée de mission au sein de la collectivité territoriale.

1.4 L'évaluation des CLS :

Les CLS sont des politiques publiques mises en œuvre avec des objectifs précis qui doivent être évalués. En effet, la doctrine régionale mise en place par l'ARS Bleuereine et notamment la référente régionale des CLS inclut une évaluation systématique des CLS à l'issue de la période de mise en œuvre du programme d'action. L'évaluation d'une politique publique c'est une appréciation raisonnée des actions définies et mises en œuvre par les autorités publiques pour leur contribution au traitement des problèmes publics qu'elles ont identifiés comme nécessitant leur intervention ; appréciation intervenant sur la base d'une connaissance approfondie des conséquences que ces actions induisent comme des processus qui les conduisent (Duran, 2010). Si l'évaluation est née dans les années 1960 dans les pays anglo-saxons, elle peine à se généraliser en France, souffrant d'une image

encore très négative dans l'imaginaire collectif. Ainsi, toutes les politiques publiques ne sont pas encore évaluées du fait d'un manque de moyens alloués à cette démarche résultant d'un manque d'intérêt voire d'une crainte vis-à-vis de l'évaluation et des conséquences supposées de ces résultats. Cette crainte peut émaner des opérateurs par peur de conséquences négatives de l'évaluation sur leur activité ou d'un surcroît de travail pour des équipes souvent déjà surchargées. Au niveau des décideurs, on peut observer que l'acculturation à l'évaluation n'est pas toujours faite et n'apparaît pas comme une priorité au sein d'organisations qui ne mettent pas en place de réelles politiques stratégiques et se cantonnent à leurs compétences obligatoires. Pour autant, l'évaluation devient de plus en plus un moyen de légitimer l'action publique dans un contexte où les pouvoirs publics tirent leur légitimité de l'efficacité des politiques mises en place. L'évaluation est également une démarche visant à rendre visible et intelligible les résultats et les procédés des interventions publiques (Duran 2021). Si pour Tenze (1996), la seule évaluation qui compte est celle qui conduit à un surcroît d'efficacité de l'action publique, force est de constater que d'autres buts sont également recherchés. Une évaluation peut avoir différentes finalités en fonction du contexte et des acteurs concernés. Les CLS se distinguent comme des objets partenariaux faisant se rencontrer des intérêts nationaux et locaux. C'est tout naturellement que l'évaluation du Contrat Local de Santé de Villerose Agglomération répond elle aussi à des finalités différentes.

Ces finalités peuvent être nommées de manière différente selon les auteurs ou structures. Pour la société française de l'évaluation, on distingue trois grandes finalités de l'évaluation des politiques ou actions publiques : la finalité démocratique, la finalité stratégique et la finalité opérationnelle. Ce sont ces trois noms de finalités qu'on retiendra ici. La finalité démocratique peut être définie par la recherche de transparence de l'action publique ainsi que de sa visibilité auprès des citoyens. Cette finalité démocratique correspond également à la volonté des commanditaires de l'évaluation d'alimenter le débat public en produisant de la connaissance, de responsabiliser les pouvoirs publics vis-à-vis de la mise en œuvre d'une intervention publique et de ses résultats et à la mobilisation des citoyens à son égard par exemple via une mise en débat publique. Cette finalité peut s'opérer notamment vis-à-vis des citoyens ou de leurs représentants comme dans le cas du Contrat Local de Santé, des élus communautaires.

La finalité stratégique intègre notamment la dimension décisionnelle. En effet, on peut la définir comme la volonté d'aider à la prise de décision concernant l'intervention publique : réorienter, adapter, améliorer la connaissance des besoins et des attentes ou partager le diagnostic et les orientations avec les partenaires. Ici, on peut souligner le rôle du COPIL pour incarner les destinataires de cette finalité. La question est bien de produire

suffisamment d'informations pertinentes pour que les décideurs, ici les signataires du CLS, puissent décider de la stratégie à adopter.

Enfin, la stratégie opérationnelle s'opère sur un niveau plus concret en cherchant à aider au pilotage et à l'amélioration de la qualité d'une intervention. Il s'agit ici de clarifier les objectifs et les résultats à atteindre, s'accorder avec les opérateurs sur un diagnostic et des recommandations partagées ou conduire le changement avec les agents chargés de la mise en œuvre du programme. On voit ici que les personnes poursuivant cette finalité sont à la recherche d'une application opérationnelle des recommandations de l'évaluation afin de permettre l'amélioration de l'intervention.

L'évaluation du Contrat Local de Santé de Villeroze Agglomération est prévue dans les statuts formalisant la contractualisation par l'article 6 que l'on pourrait qualifier de bref :

“Le présent contrat fait l'objet d'un suivi annuel par le comité de pilotage. Ce suivi est préparé par le comité technique.

Le présent contrat fera l'objet d'une évaluation qui débutera durant la dernière année de validité. L'opportunité d'un renouvellement sera examinée par le COPIL au regard des résultats de cette évaluation.”

Villeroze Agglomération a fait le choix de recruter une alternante en apprentissage afin de mener l'évaluation du CLS. Ce recrutement constitue un coût pour l'Agglomération auquel l'ARS ne participe pas. En effet, depuis 2019 et la refonte de la doctrine régionale en matière de financement des CLS, l'ARS ne finance plus l'évaluation des CLS via une enveloppe spécifique comme le précise la coordinatrice régionale. L'évaluation est prévue dans les missions affectées au temps d'ingénierie territoriale et dans les 25 000 euros pris en charge par l'ARS pour ce poste. Le temps de travail de la coordinatrice étant déjà largement utilisé par ses autres missions, l'équipe du CLS au sein de Villeroze Agglomération a donc fait le choix d'allouer un budget supplémentaire afin de venir renforcer l'équipe avec une personne chargée notamment de l'évaluation et de la mise à jour du diagnostic local de santé. De plus, la solution du recrutement d'une apprentie a été retenue dans le cadre de la politique de formation et de diffusion des savoirs et compétences menée par la collectivité territoriale qui ouvre régulièrement ses portes à des apprentis ou à des stagiaires.

C'est majoritairement Villeroze Agglomération qui a choisi les orientations de l'évaluation. Le contexte a largement influencé ces orientations. En effet, le CLS de Villeroze Agglomération a été signé en janvier 2020. La crise du COVID-19 qui a suivi a mis un coup d'arrêt au lancement et à la mise en œuvre du CLS. Par la suite, la coordinatrice du CLS qui avait participé à l'élaboration est partie, et le poste est resté vacant pendant environ six

mois avant l'arrivée de la coordinatrice actuelle à l'été 2021. Elle a participé à l'organisation de la vaccination au début de son contrat au sein de l'agglomération. Il y a eu des élections municipales à l'été 2020 qui ont mené à la nomination d'un nouveau conseil communautaire et à l'implication d'une nouvelle élue au sein du CLS. Ces différents changements au sein de l'équipe du CLS expliquent la volonté de mener une évaluation poussée afin de bâtir un corps de données solide dans l'optique de renouveler le CLS. En effet, si la solution de l'avenant pour prolonger le contrat n'a pas été retenue par l'équipe du CLS, c'est également afin de pouvoir élaborer un nouveau CLS correspondant davantage aux aspirations des membres de cette équipe. De plus, le départ de la plupart des personnes présentes lors de l'élaboration du premier CLS permet d'aborder le renouvellement comme un nouveau départ, sans devoir rester fidèle aux volontés des élaborateurs initiaux.

L'évaluation est considérée comme un moment fort par la référente de la DD des Rougecadres. En effet, il s'agit d'un moment privilégié pour faire un retour sur les cinq ans de mise en œuvre du Contrat ainsi que pour échanger des perspectives sur l'avenir du contrat. En l'état, cette perspective est notamment axée sur la question du renouvellement du contrat et des ajustements à prévoir dans cette optique. La présentation des résultats du CLS devant les membres du Comité de Pilotage, de la COMEX ou encore des élus est un moment important pour l'équipe du CLS. Comme nous avons pu le souligner précédemment, il existe au sein de l'équipe du CLS plusieurs personnes émanant de différentes organisations ayant des intérêts dans la réalisation de l'évaluation et la présentation de cette dernière. Ces différentes personnes, animées d'intérêts différents, vont mettre en place des stratégies afin d'atteindre leur objectif. Il apparaît que ces différentes stratégies s'intègrent dans un objectif commun et partagé, celui de voir réduire les inégalités territoriales de santé sur le territoire de Villeroze Agglomération et donc de mettre en place une politique publique pour résoudre ce problème.

Comment analyser et comprendre la convergence de finalités et d'intérêts différents dans l'évaluation d'un Contrat Local de Santé, dans un contexte de contractualisation ?

Nous traiterons cette question en s'interrogeant dans une première partie sur les finalités recherchées par chaque acteur dans le cadre de l'évaluation. Dans une seconde partie, nous verrons que les dynamiques permettant de concilier ces finalités et intérêts différents répondent aux exigences de la démarche de contractualisation.

1.5 Méthodologie :

Pour répondre à cette question, j'ai réalisé un travail de recherche dans le cadre de mon apprentissage au sein d'une collectivité territoriale, Villerose Agglomération, en tant que chargée de missions en santé publique. J'ai notamment été chargée de l'évaluation du Contrat Local de Santé ainsi que de la mise à jour du Diagnostic Local de Santé dans le cadre du renouvellement du contrat. J'ai réalisé le cadrage de l'évaluation du CLS, en lien avec les différentes parties prenantes : l'ARS et Villerose Agglomération en sollicitant l'appui méthodologique de Promotion Santé Bleuereine (anciennement IREPS). Il m'est apparu assez rapidement que je souhaitais faire de l'évaluation du CLS mon objet de recherche pour ce mémoire.

La réflexion sur la manière de penser et de prévoir l'évaluation a mené à de nombreux débats au sein de l'équipe du CLS. Le recours à un acteur externe, Promotion Santé Bleuereine (anciennement IREPS Bleuereine) a permis d'apporter un regard nouveau sur la visée de l'évaluation et le protocole à mettre en place. La réflexion sur la finalité de l'évaluation a permis d'éviter de tomber dans le technicisme au niveau de l'évaluation et de se concentrer sur les aspects les plus pertinents. Ainsi, il a été décidé de mener l'évaluation sur deux niveaux : Dans un premier temps, une évaluation du programme d'action du CLS, sans pour autant mener une évaluation exhaustive de chaque action. En effet, l'absence de prise en compte de l'évaluation dans la mise en œuvre du CLS ainsi que les ressources disponibles pour l'évaluation (financières, RH, temporelles, ...) ne permettent pas de mener une réelle évaluation d'impact du CLS ni de chacune de ses actions. En effet, comme indiqué par la chargée de projet de Promotion Santé Bleuereine, "il faudrait un chercheur sur une durée de trois ans pour réellement évaluer l'impact d'une action". Il faut prendre en compte que la santé est par essence multifactorielle et que le changement de pratique d'un individu ou d'une population peut survenir pour différents facteurs qui interagissent entre eux. Il serait quasiment impossible au vu des ressources et données disponibles de réellement mesurer l'impact de chaque action du CLS sur la santé des habitants du territoire en raison des différents facteurs entrant en compte comme les transports, l'environnement physique, social ou encore économique. Ainsi, l'évaluation du programme d'action s'est basée sur l'agrégation des différents rapports d'activité annuels ainsi que sur une fiche bilan action sous forme de questionnaire rempli par les pilotes d'action. Les indicateurs mobilisés principalement sont le taux de réalisation du plan d'action, pouvant être décliné par axe stratégique du CLS ainsi que la satisfaction des pilotes quant aux résultats de l'action ainsi que de l'atteinte du ou des objectifs. La pertinence de ce dernier indicateur a été mise en lumière par la chargée de projets de Promotion Santé Bleuereine dans le cadre de l'appui

méthodologique sur l'évaluation. En effet, dans la mesure où une réelle étude d'impact n'est pas réalisable, la personne la plus à même d'évaluer la réussite d'une action est le pilote d'action car c'est cette personne qui connaît le territoire, le public et les ressources ciblées. Le pilote évalue, à l'aide de son expérience, de ses connaissances et comme le souligne la chargée de mission de Promotion Santé Bleuereine, "de son bon sens", l'atteinte des objectifs initiaux de la fiche-action et la satisfaction à retirer des résultats atteints. En effet, pour certaines actions, malgré un petit nombre de personnes touchées directement par l'action, on peut estimer être satisfait des résultats au vu de la typologie du public touché et de l'impact potentiel de l'action.

J'ai réalisé l'évaluation du CLS sur deux niveaux en mobilisant différents outils de recueil de données : rapports d'activités du CLS et de ses partenaires lorsqu'ils étaient disponibles et pertinents pour l'évaluation, questionnaires destinés aux pilotes d'action "Fiche-Bilan Action" et aux membres du Comité de Pilotage du CLS "Questionnaire COPIL" que j'ai réalisé en lien avec le reste de l'équipe CLS, entretiens individuels avec l'équipe projet du CLS composée de la coordinatrice du CLS, de la directrice générale adjointe (DGA) et de l'élue référente du CLS pour Villerose Agglomération et de l'adjointe au directeur de la DD des Rougescadres de l'ARS et enfin des entretiens collectifs avec les pilotes d'action (Annexe 2). Ainsi, j'ai pu articuler des méthodes qualitatives et quantitatives afin d'avoir une vue d'ensemble complète et nuancée de l'objet à évaluer. De plus, si les recommandations globales de l'évaluation du CLS ainsi que ses grandes lignes sont apparues très rapidement au cours d'entretiens informels avec les membres de l'équipe projet et certains pilotes, la démarche quantitative ainsi que les apports qualitatifs ont permis d'objectiver ces résultats ainsi que de les affiner. J'ai pu mobiliser certains outils pour mon travail de mémoire, notamment les entretiens individuels au cours desquels j'ai pu interroger les membres de l'équipe projet du CLS sur leur conception de l'évaluation et sur ce qu'elles en attendaient. Ces premières pistes, confrontées à une revue de littérature personnelle, à des sources conseillées par ma directrice de mémoire et au contenu de son enseignement sur l'évaluation, m'ont menée vers la question de la finalité de l'évaluation. Cette première liste de littérature contenait notamment des articles académiques relevant du champ de l'évaluation des politiques publiques.

J'ai identifié les différentes finalités observables dans l'évaluation du CLS de Villerose Agglomération. Cette catégorisation m'a permis d'observer deux acteurs majeurs portant différentes finalités pour cette évaluation., Villerose Agglomération et l'ARS. J'ai approfondi la position de l'ARS Bleuereine en interrogeant lors d'un entretien spécifique la coordinatrice régionale des CLS au niveau cette ARS. J'ai également fait appel à une

Juliette BESNARD - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

<2023-2024>

chargée de mission de Promotion Santé Bleuereine ayant une expertise dans le champ de l'évaluation afin de la questionner sur sa posture externe lors des évaluations. C'est cette dernière qui avait apporté un appui méthodologique dans l'élaboration du protocole d'évaluation ainsi que de l'animation des entretiens collectifs avec les pilotes d'action. J'ai également creusé plus en profondeur les finalités de Villeroze Agglomération en réalisant des entretiens supplémentaires avec l'élue référente, la DGA et la coordinatrice. Ces différents éléments, en lien avec l'observation continue menée dans le cadre de mon apprentissage sur la mise en œuvre de l'évaluation et l'analyse des interactions en découlant m'ont amenée à m'interroger sur le cadre de l'évaluation et du CLS, c'est-à-dire la contractualisation entre un service de l'état et une collectivité territoriale. J'ai ainsi fait évoluer ma recherche vers les liens entre l'évaluation et la démarche de contractualisation en réalisant une nouvelle revue de littérature sur la question de la contractualisation. Cette dernière, également notamment composée d'articles académiques, contient également des articles spécifiques à la question des collectivités territoriales. Un article en particulier m'a été conseillé par ma directrice de mémoire : "Les politiques de contractualisation entre centralisation et décentralisation : les cas de l'équipement et de l'enseignement supérieur" de Renaud Berrivin et Christine Musselin, publié en 1996 dans la revue Sociologie du travail. La lecture de cet article, suite à des échanges autour des jeux de pouvoirs et relations entre les différents acteurs au sein de la démarche d'évaluation, m'a amenée à m'interroger sur ce qui sous-tendait les relations entre les acteurs dans le cadre de cette démarche. Il traite notamment des tensions entre centralisation et différenciation, au centre de la contractualisation. J'ai également cherché à développer l'apport théorique sur la question de la décentralisation qui est liée avec le développement de la contractualisation en France. Enfin, les derniers échanges avec ma directrice de mémoire m'ont permis d'ancrer ce travail de recherche dans le domaine de la sociologie des organisations et de l'analyse des relations entre différents acteurs au sein d'une organisation, ici le CLS. La littérature qui est associée à ce domaine est notamment issue de l'œuvre de Michel Crozier.

Au niveau de la littérature sur ce sujet, si la question de l'évaluation des politiques publiques est en nette progression dans la recherche, la question plus spécifique de l'évaluation des contrats d'action publique ou encore le cas précis des CLS ne sont que peu voire pas abordés. Des rapports institutionnels comme l'étude annuelle du Conseil d'État en 2020 et le cycle de conférences qui lui est associé sont utiles pour venir compléter le seul cadre théorique et mieux comprendre l'importance de l'évaluation pour les pouvoirs publics.

2 Les finalités recherchées par chaque acteur

Le contrat local de santé est notamment porté par un binôme de deux acteurs : l'ARS et la collectivité territoriale, ici Villeroze Agglomération. Ces deux acteurs principaux sont impliqués à différents niveaux au sein du CLS avec ce co-portage qui se matérialise normalement par le binôme entre la coordinatrice du CLS au sein de la collectivité territoriale et la référente CLS au niveau de la DD correspondante, ici la DD des Rougecadres. La référente CLS au niveau de la DD des Rougecadres a changé de poste à l'été 2023 peu avant le début de la mission évaluation et n'a été remplacée qu'en avril 2024. De fait, le contexte n'a pas permis d'observer le travail de ce binôme dans le cadre de cette évaluation. Les interactions entre l'ARS et Villeroze Agglomération ont montré davantage la recherche de différentes finalités pour l'évaluation que de parler d'une seule voix, probablement dû à l'absence de ce binôme durant la majeure partie de la mise en œuvre de l'évaluation. Ces deux acteurs principaux, ainsi que les autres acteurs également impliqués comme le public ou les pilotes d'actions ont mené des stratégies différenciées ou été considérés de façon différenciée dans cette évaluation. Nous allons approfondir pour chaque acteur les différentes finalités qu'il a poursuivi et comment.

2.1 Villeroze Agglomération

Au sein de Villeroze Agglomération, on peut distinguer plusieurs acteurs et/ou personnes qui vont avoir des intérêts différents pour l'évaluation. L'équipe resserrée du CLS est composée de la coordinatrice du CLS dont le poste est en principe financé à part égales par Villeroze Agglomération et l'ARS au titre de l'ingénierie territoriale en santé. En pratique, Villeroze Agglomération participe davantage au financement du CLS, que ce soit au niveau des actions financées avec environ 20 000 euros par an accordés et à la somme des salaires versés avec notamment la prise en charge d'une chargée de mission pour remplacer la coordinatrice à l'occasion d'un congé maternité, ainsi que de la chargée d'évaluation. Au total pour l'année 2023, Villeroze Agglomération a déboursé environ 55 000 euros pour les salaires et les actions du CLS. Il s'agit d'un engagement fort de la collectivité vers le CLS et envers la santé publique. La force de cet engagement va se retrouver dans la place prise par cet acteur dans l'élaboration et la mise en œuvre de l'évaluation.

La coordinatrice est chargée de l'animation, de la coordination, du suivi et de l'évaluation du CLS ainsi que du diagnostic local de santé au titre de l'ingénierie territoriale en santé financée par l'ARS. L'intitulé de son poste au sein de Villeroze Agglomération est chargée de missions en santé publique. Elle est supervisée par la directrice de la direction "Cohésion Sociale et Citoyenneté" qui est également la directrice générale adjointe (DGA) de Villeroze Agglomération. Cette dernière fait également activement partie de l'équipe du CLS au sein de la collectivité. Au niveau politique, une élue est directement référente du CLS. Il s'agit de la vice-présidente en charge de la petite enfance, de l'enfance et de la cohésion sociale. Il s'agit d'une maire d'une des communes du territoire, élue au sein du conseil communautaire comme vice-présidente. Ainsi, si la plupart des décisions prises par l'acteur Villeroze Agglomération le sont de manière collégiale par ces trois personnes, on peut tout de même observer qu'elles ne poursuivent pas exactement les mêmes finalités vis-à-vis de l'évaluation. Une quatrième personne a été intégrée au sein de cette équipe du CLS, interne à Villeroze Agglomération : la chargée d'évaluation du CLS.

2.1.1 La finalité opérationnelle

L'embauche par Villeroze Agglomération d'une alternante chargée notamment de l'évaluation du CLS témoigne d'une démarche particulière par cet acteur qui a souhaité mettre un accent particulier sur l'évaluation du CLS. En effet, comme précisé précédemment, l'ARS n'alloue pas d'enveloppe spécifique pour l'évaluation en dehors du temps d'ingénierie territoriale qui comprend la coordination, l'animation, le suivi, l'évaluation du CLS et le diagnostic local de santé. Ces différentes missions sont menées par une personne au sein de la collectivité territoriale. L'équipe du CLS a considéré que la dernière année d'activité du CLS est une année chargée avec la mise en œuvre du CLS et la mise à jour du diagnostic en parallèle de la poursuite des actions du plan d'action du CLS. Ainsi, au vu de la charge de travail, l'embauche d'une apprentie sur les missions de l'évaluation du CLS permet de libérer la coordinatrice de ces missions ainsi que d'en assurer une réalisation plus approfondie. En effet, comme le souligne la DGA, il y a *"une problématique de temps, le temps de la coordinatrice qui au vu de la multitude des actions à mener, ne pouvait pas tout faire rentrer dans l'agenda"*. La coordinatrice pilote ou copilote quant à elle 9 fiches-actions du CLS. Ses missions, prévues dans le cadre de l'ingénierie territoriale en santé ne comptent pas le pilotage d'actions, qui vient s'ajouter aux missions initialement prévues.

Cette évaluation intervient comme prévu par les statuts du contrat sur la dernière année d'activité du CLS. Dès mon arrivée au sein de Villeroze Agglomération, et même

auparavant, lors de l'entretien d'embauche, j'ai pu comprendre que cette évaluation devait venir servir le renouvellement du CLS. Si la question du renouvellement n'a jamais été un réel sujet - nous y reviendrons plus tard -, l'évaluation apparaissait comme une étape obligatoire vers ce renouvellement. En effet, interrogée sur les raisons de l'embauche d'une apprentie en tant que chargée d'évaluation du CLS avec un coût supplémentaire porté uniquement par Villeroze Agglomération, et sur le choix de mener une évaluation de cette ampleur, la DGA de Villeroze Agglomération répond *"C'est dans l'optique du deuxième CLS"*. L'évaluation a donc comme principal objectif pour Villeroze Agglomération de produire des connaissances devant servir à élaborer le nouveau CLS. Ainsi, les objectifs de l'évaluation, formalisés dans le cahier des charges (Annexe 2) sont les suivants :

- Mieux connaître l'apport du CLS et le niveau d'atteinte de ses objectifs,
- Poursuivre la dynamique et la mobilisation partenariale,
- Tirer des enseignements permettant d'améliorer le dispositif, la gouvernance, l'animation et la mise en œuvre,
- Émettre des préconisations dans la perspective d'un renouvellement."

On peut ainsi voir que le dernier objectif intègre la démarche d'évaluation dans la préparation du renouvellement. Ainsi, l'évaluation doit permettre de *"tirer des apprentissages pour d'autres actions"* pour la coordinatrice du CLS au sein de Villeroze Agglomération.

De plus, on peut voir qu'une attention particulière est portée aux faiblesses du CLS par la coordinatrice du CLS : *"Et du coup je pense que c'est hyper important aussi d'évaluer les actions qui n'ont pas fonctionné" "c'est important [...] De voir ce qui n'a pas marché pour faire mieux."*

En effet, sur les 27 actions du plan d'action (Annexe 1), 4 n'ont pas pu être mises en œuvre, et d'autres l'ont été de manière peu satisfaisante. C'est d'ailleurs la coordinatrice du CLS, en contact constant avec le terrain et chargée de la mise en œuvre concrète du CLS, qui incarne selon l'élue référente, cette finalité opérationnelle de l'évaluation. C'est d'ailleurs elle qui a le plus intérêt à tirer de l'évaluation des idées concrètes qu'elle pourra mettre en œuvre dans le cadre du second CLS. En effet, étant arrivée à la coordination du CLS en cours de mise en œuvre du contrat, elle n'a pas eu l'occasion de construire le CLS selon ses sensibilités, et souhaite profiter de l'évaluation et du renouvellement pour construire un nouveau contrat plus solide et plus près de ses aspirations. Il y a un intérêt de la part de l'équipe de Villeroze Agglomération, mais également de la part de la référente CLS à la DD des Rougecadres, de comprendre les raisons de ces difficultés ainsi que les éventuelles insatisfactions des pilotes ou des signataires du contrat. Pour la DGA de Villeroze Agglomération *"l'évaluation doit servir à faire le constat de ce qui ou n'a pas fonctionné"*.

Juliette BESNARD - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

<2023-2024>

La DGA souligne réellement l'apport de l'évaluation dans le cadre d'une quête de performance pour le deuxième CLS : *“En affinant les thématiques, l'évaluation nous permettrait d'être plus efficace et plus efficient pour le deuxième CLS”*. En effet, il y a aujourd'hui 27 fiches-actions, pour 33 actions sur le terrain, qui recouvrent un très large panel de thématiques allant de la prévention du suicide à l'accompagnement à l'installation des professionnels de santé en passant par le développement d'une offre de répit pour les aidants. Les premières données de l'évaluation montrent ainsi que la multiplication des fiches-actions et des thématiques traitées simultanément par le CLS représente un frein à son bon fonctionnement et à sa lisibilité.

“Et en termes de méthodologie, effectivement, l'évaluation au-delà des thématiques abordées, y'a la méthode de gouvernance et de pilotage du CLS et l'évaluation peut nous permettre de réfléchir à comment on a fonctionné pendant cinq ans par exemple sur la question dont on parlait précédemment sur le portage politique et l'agrandissement à plus d'élus”. Pour la DGA de Villeroze Agglomération, la recherche de performance ne doit pas simplement se limiter aux thématiques abordées et aux fiches-actions mises en place mais également interroger les modalités de mise en œuvre du CLS. En effet, concernant le portage politique, l'évaluation a révélé que l'implication réelle d'une seule élue a pu par moments être un facteur non-facilitant et que l'élargissement à un groupe d'élus intéressés par la thématique santé permettrait peut-être de répartir la charge et les nombreuses rencontres avec les différents partenaires (institutions comme l'ARS, associations du territoire, habitants et usagers...). Cet exemple montre que l'évaluation s'est intéressée à un aspect plus qualitatif sur le second niveau d'analyse, celui sur les processus du CLS. Ont été interrogés dans cette démarche : le portage politique, la gouvernance, la communication, l'ingénierie territoriale, le pilotage des actions, le cadre du CLS et la dynamique partenariale et territoriale. Avec ces thèmes, l'évaluation s'est intéressée au comment concernant la mise en œuvre du CLS.

La finalité opérationnelle de l'évaluation est recherchée par Villeroze Agglomération dans la mesure où le contexte du renouvellement donne à l'évaluation et notamment à ses conclusions une valeur de travail préparatoire au nouveau contrat. Ce dernier a pour ambition de “faire mieux” et l'équipe souhaite tirer des leçons de ce premier CLS qui apparaît comme un premier essai. Les recommandations issues de l'évaluation doivent donc être “opérationnelles” pour l'équipe du CLS, c'est-à-dire qu'elles doivent pouvoir être appliquées quasiment directement dans le cadre du nouveau contrat.

L'incarnation de la finalité opérationnelle par la collectivité territoriale et notamment par la coordinatrice du CLS fait également sens au vu de la répartition des rôles entre l'ARS et la collectivité au sein des CLS. En effet, la présence sur le territoire du temps d'ingénierie territoriale, souhaitée et mise en place par l'ARS Bleuereine, permet un contexte concret entre le contrat et le terrain, avec un suivi réalisé quotidiennement par la coordinatrice.

2.1.2 La finalité stratégique

Villeroze Agglomération s'inscrit en outre pleinement dans la finalité stratégique. En effet, son portage du CLS avec l'ARS le pose en principal acteur prenant des décisions. C'est en effet le binôme institutionnel ARS-Villeroze Agglomération qui est consacré dans la pratique au sein du Comité Technique (COTECH). Au sein du COTECH, un certain nombre de décisions sont prises, avant même le passage en COPIL. On peut ainsi citer la négociation des axes du prochain CLS, qui seront par la suite proposés aux membres du COPIL pour approbation.

Cette finalité stratégique peut être incarnée par différentes personnes au sein de Villeroze Agglomération. Dans un premier temps, et si on regarde un autre nom de la finalité stratégique, la finalité politique, c'est l'élue référente qui semble être en première ligne pour porter cette finalité. En effet, elle souligne qu'elle incarne la dimension politique au sein de l'équipe du CLS car c'est elle qui porte la responsabilité politique du CLS. Par exemple, lors du passage en bureau communautaire pour présenter et faire valider le principe de renouvellement du CLS, c'est bien elle qui mène cette présentation. La coordinatrice du CLS est bien présente, mais son rôle de technicienne ne lui permet pas de faire la présentation. En effet, lors des instances communautaires (bureau et conseil confondus), un principe s'applique : *“les élus parlent aux élus”*. De même, c'est elle qui procède, avec l'adjointe au directeur de la DD de l'ARS à l'ouverture des COPIL. C'est également elle qui invite les différents signataires, également pour ces COPIL, pour Villeroze Agglomération.

C'est l'équipe du CLS au sein de Villeroze Agglomération qui est notamment en charge de l'organisation et de la préparation des COPIL. C'est lors de l'une de ces réunions, que certains qualifient de “grand-messe” que l'évaluation sera présentée et que l'opportunité d'un renouvellement sera discutée avec les différents signataires. Le rapport d'évaluation doit en outre être transmis aux signataires pour validation et si besoin, pour modification. Les COPIL sont selon les statuts du contrat, l'instance principale de prise de décision concernant le CLS. Si les décisions les plus importantes comme le renouvellement ou la

mise en place d'un avenant sont toujours soumises au COPIL pour approbation, il apparaît dans la pratique que les COTECH précédents systématiquement les COPIL sont les instances de réelle négociation et de prise de décision.

Pour la DGA de Villeroze Agglomération, *“l'évaluation pourrait également servir, au vu nombre d'actions de ce CLS, à avoir une vision plus fine, à cerner les thématiques que l'on pourrait garder ou laisser pour la suite” “l'évaluation peut nous permettre de réajuster le tir, d'un point de vue méthodes de travail comme la gouvernance et le pilotage ”*

On voit ici que l'évaluation pourra servir, à l'aide de ses conclusions, à prendre des décisions concernant le futur CLS, par exemple sur les thématiques à conserver ou à abandonner, dans un contexte de recherche d'efficacité et de performance mentionné plus tôt. Il s'agit bien ici de s'assurer que l'évaluation permettra bien d'améliorer la qualité de l'intervention publique, dans le cadre du renouvellement qui assure la continuité de la politique publique.

La prise en compte de l'aspect stratégique de l'évaluation du CLS par Villeroze Agglomération s'est également matérialisée par le passage en CODIR. Cette instance regroupe les différents directeurs de la collectivité ainsi que quelques membres clés comme le directeur de cabinet. Le but de cette présentation était d'expliquer la démarche en cours : évaluation, mise à jour du diagnostic local de santé et préparation du renouvellement. Les méthodologies mises en place ont ainsi été interrogées. De plus, les premiers résultats de l'évaluation ont également été présentés, afin de mettre en lumière la pertinence du travail sur le renouvellement. En effet, le CODIR est une instance stratégique de la collectivité territoriale qui vient articuler le travail des différents services et permet un lien avec l'aspect politique de l'agglomération.

Au sein de ce CODIR, on retrouve notamment la directrice générale adjointe qui incarne, selon l'élue référente du CLS, la dimension stratégique de par son poste et son lien avec les différents services de l'agglomération. Toujours selon l'élue référente, *“elle a un rôle d'aide à la prise de décision”*. Ainsi, même si elle ne prend pas part directement à la prise de décisions stratégiques, son avis est pris en compte et les décisions sont prises à partir des informations qu'elle aura pu fournir et présenter. *“Elle va amener, de l'apport, amener des éléments, avoir peut-être ce rôle de lien avec les autres services et une certaine connaissance”*. En effet, la DGA est également directrice de la direction “cohésion sociale et citoyenneté” et également de la direction “aménagement durable du territoire”. Elle est donc en mesure, grâce à ses différentes “casquettes” de faire le lien avec d'autres services et thématiques comme le transport ou l'habitat, ce qui s'intègre pleinement dans les

objectifs du CLS et de son évaluation, et notamment avec la volonté de faire rentrer la santé dans toutes les politiques.

2.1.3 La finalité démocratique

Au sein de l'équipe projet du CLS est impliquée une élue communautaire, maire d'une des communes de Villerose Agglomération, et vice-présidente du conseil communautaire en charge de la petite enfance, de l'enfance et de la cohésion sociale. Elle est à ce titre également en charge du Contrat Local de Santé depuis 2020 et son élection en tant que maire et membre du conseil communautaire. Si jusqu'alors la santé et le tout récent Contrat Local de Santé étaient portés par un conseiller communautaire délégué, le nouvellement élu président de l'Agglomération a souhaité que cette organisation change. Cette nouvelle organisation *“avait dans l'objectif d'avoir des délégués qui soient axés sur d'autres choses. Voilà sur le coup il souhaitait récupérer un peu entre guillemets la place de délégué ! Et à la fois il trouvait que c'était important aussi en effet que ça soit plutôt porté par un vice-président que plutôt par un délégué”*. On voit ici que le portage politique est une affaire de calculs politiques mais aussi logistiques.

Selon elle, de par son rôle d'élue référente du CLS, c'est elle qui incarne au sein de cette démarche d'évaluation la finalité démocratique. En effet, lors d'un premier entretien, elle a souligné que le rôle de l'évaluation était de faire connaissance de ce qui avait été fait, de mettre en avant une politique de santé et ainsi montrer aux élus l'impact de cette politique afin de leur en montrer l'intérêt. Cette présentation de ce qui a été fait sert également à mobiliser les élus dont la participation à la suite du CLS et au CLS2 est souhaitée. Pour elle, une meilleure connaissance des élus de ce qui existe et de ce qui a été mis en place par Villerose Agglomération et ses partenaires dans le cadre du CLS leur permettra de diffuser ces connaissances aux citoyens de leur commune dont ils sont des partenaires privilégiés, notamment au sein d'un territoire aussi rural et comptant pour près de la moitié des communes de l'agglomération moins de 1000 habitants. Lors d'un second entretien, interrogée sur la finalité qu'elle trouve la plus importante, elle choisit la finalité démocratique, du fait de son rôle d'élue qui doit être dans le débat public et de répondre aux besoins du territoire mais aussi et une responsabilité et un devoir de rendre compte. *“L'évaluation du contrat local de santé, c'est rendre compte de ce qui a été fait.”* Elle estime en outre que son rôle est de s'assurer de la mobilisation de tous.

Pour autant, il apparaît que le CLS reste aujourd'hui un outil à destination des professionnels et des partenaires du territoire. De fait, si le public est bien la cible finale du contrat, avec la réduction des inégalités territoriales de santé, les usagers et citoyens n'ont que peu connaissance de la présence d'un CLS sur le territoire. Pour l'élue référente, *"Même si les actions du CLS sont à destination du public, ce sont très souvent des actions tournées vers les partenaires"*. Pour les actions qui sont directement en lien avec le public, elle souligne tout de même qu'il est important de solliciter les avis des personnes ayant participé aux actions, avec par exemple des questionnaires de satisfaction comme c'est déjà le cas pour certaines actions (SISM notamment). Pour le reste des actions, qu'elle caractérise davantage comme de la coordination et de la mise en réseau, l'implication des citoyens dans l'évaluation ne lui paraît pas pertinente.

Pour la DGA, il était également important de joindre à la note demandant de valider le renouvellement du CLS pour le passage en bureau communautaire, la présentation des résultats de l'évaluation afin de montrer aux élus ce qui a été mené dans le cadre du CLS. On voit ici que l'enjeu de la présentation de l'évaluation est en grande partie de rendre visibles et intelligibles les résultats de la politique publique qui a été mise en place. En effet, les premières données récoltées dans le cadre de la mise à jour du diagnostic local de santé montrent que les élus du territoire, qu'ils soient communautaires ou non, n'ont pas forcément connaissance de l'outil CLS. Un questionnaire a ainsi été construit et diffusé auprès des élus municipaux de toutes les communes de l'agglomération. Ce dernier avait pour vocation la récolte de données concernant les thématiques prioritaires du territoire mais également les connaissances et les besoins des élus en matière de santé publique. Interrogés sur leur connaissance du dispositif CLS, sur 68 répondants, seuls 3 estiment très bien connaître le CLS, et 22 ne le connaissent pas du tout, même de nom. Il est important pour l'équipe du CLS au sein de Villerose Agglomération d'approfondir le lien avec les élus qui est encore fragile. La visibilité par les élus du CLS et de son programme d'action permet également de renforcer la position de Villerose Agglomération comme un acteur s'impliquant directement et financièrement pour la santé des habitants du territoire.

De plus, mettre en avant certaines thématiques comme l'aide aux populations vulnérables et leurs aidants ou encore la Prévention Promotion de la Santé permet également de faire évoluer le débat public au-delà de la question de l'installation des professionnels de santé et notamment des médecins généralistes. En effet, il existe une volonté politique au niveau de Villerose Agglomération de ne pas interférer sur la question de la démographie médicale et de l'installation, avec en comparaison avec d'autres CLS de la région et du département, aucune aide de l'EPCI dans ce domaine.

Le choix de la part de Villerose Agglomération de faire appel à un recrutement d'une personne extérieure afin de mener l'évaluation peut venir s'ancrer dans cette finalité démocratique. Pour la DGA de Villerose Agglomération, *“ça permet d'avoir un regard extérieur, là où nous on est dedans, c'est notre quotidien, et d'avoir ce regard extérieur, ça permet d'avoir quelqu'un qui vient questionner comment on a mené les choses, ce qui est toujours intéressant”*. En effet, on voit ici l'aspect « responsabiliser les pouvoirs publics », qui émane de cette réponse avec les interrogations sur les manières de fonctionner et sur les résultats de l'intervention publique menée depuis 2020.

Villerose Agglomération s'inscrit dans trois finalités : la finalité opérationnelle, incarnée en grande partie par la coordinatrice du CLS, la finalité stratégique incarnée par la directrice générale adjointe et enfin la finalité démocratique où le rôle de l'élue référente est souligné.

2.2 L'ARS

Si l'évaluation est rendue obligatoire par son inscription dans les statuts du contrat, l'ARS n'a pour autant pas participé de manière approfondie à son élaboration ni à sa réalisation. En effet, comme on a déjà pu le voir précédemment, il n'existe aujourd'hui ni doctrine concernant l'évaluation, ni soutien spécifique financier ou humain pour sa réalisation. De plus, le contexte RH au sein de la DD des Rougecadres pour cette dernière année d'activité et année d'évaluation du CLS n'a pas permis d'avoir le binôme référente CLS au sein de la DD - coordinatrice du CLS au sein de la collectivité territoriale. C'est principalement Villerose Agglomération qui a pris en main la mise en œuvre de l'évaluation.

2.2.1 La finalité stratégique

La présentation des résultats de l'évaluation aux partenaires membres du COPIL et signataires du CLS a fait l'objet d'une attention particulière du point de vue de la DD des Rougecadres. En effet, cette période de préparation a coïncidé avec l'arrivée au sein de la DD d'une nouvelle référente des CLS ce qui a impulsé une nouvelle dynamique d'échanges beaucoup plus réguliers entre cette référente et la coordinatrice du CLS. Plusieurs réunions ont ainsi eu lieu : réunion de préparation du COTECH (référente ARS, coordinatrice du CLS et moi), COTECH (référente ARS, adjointe du directeur DD des Rougecadres, élue référente du CLS, DGA, coordinatrice du CLS, chargée d'évaluation du CLS), préparation du COPIL - dont validation du PPT (référente ARS, coordinatrice du CLS, chargée d'évaluation du CLS). Le COPIL était prévu le 1er juillet avec l'ordre du jour suivant :

1. Etat d'avancement du plan d'action
2. Évaluation du CLS
- 2.1. Evaluation globale du plan d'action
- 2.2. Evaluation des objectifs transversaux et des processus de mise en œuvre du CLS
3. Calendrier et étapes à venir
4. Echanges et retour du COPIL sur l'opportunité d'un renouvellement

Du fait de la dissolution de l'Assemblée Nationale et de l'annonce de la tenue d'élections législatives le 30 juin et 7 juillet, les services de l'état sont rentrés mi-juin dans une période de réserve électorale et leurs agents avaient pour consigne de ne pas rencontrer d'élus afin de ne pas interférer avec l'actualité électorale. De fait, le COPIL a été reporté à début septembre.

Malgré ce report, le travail de validation du support de présentation du COPIL a eu lieu mi-juin. Lors de cette réunion, l'accent a été mis sur l'idée de mettre en valeur les réussites du CLS, afin que *“les participants repartent du COPIL avec l'envie de se mobiliser sur un*

nouveau contrat”. On peut voir que cette présentation de l'évaluation a pour la référente CLS vocation à convaincre les signataires de l'intérêt du CLS afin de valider le renouvellement et la démarche vers un CLS 2.

2.2.2 La finalité démocratique

Pour l'élue référente du CLS au sein de Villeroze Agglomération, on peut voir que l'ARS porte également cette finalité démocratique. En effet, pour elle, le rôle de l'ARS est également de faire remonter dans le débat public national les observations faites dans le territoire. Ainsi commente-t-elle :

“Elle [l'ARS] a une responsabilité dans le débat public. Elle a ce rôle de faire remonter des choses pour moi l'ARS. Nous on est sur notre territoire, moi je vais avoir une vision territoriale. Et pour moi l'ARS elle doit faire remonter aussi elle doit avoir ce rôle, alors bien sûr, elle a un regard plus régional, mais elle a un regard elle doit pour moi faire remonter le débat public au niveau national”

Cette incarnation de la finalité démocratique par l'ARS est également soulignée par la référente régionale des CLS : *“ Toi tu dirais que la finalité de l'ARS Bleuereine ça serait laquelle ou lesquelles ? L'évaluation a une finalité démocratique, elle permet de remobiliser, de rendre compte, de relancer la dynamique. Si au fil des ans, la dynamique s'est un peu épuisée parce que la mise en œuvre a été compliquée, l'évaluation va permettre de conclure “ça a été compliqué mais c'est quand même bien”. Et je pense que si on arrive déjà à avoir ce consensus au niveau des partenaires, de toutes les personnes qui sont impliquées dans le CLS du territoire en disant : “On pourrait faire mieux mais c'est quand même bien.” Je trouve que du coup on remobilise les acteurs et on repart dans une nouvelle dynamique avec des recommandations pour aller sur un nouveau CLS”*

En effet, on voit que l'évaluation est considérée comme un temps fort, et que sa présentation est très importante. Les signataires du CLS, au nombre de 10 pour celui de Villeroze Agglomération, vont en effet pouvoir découvrir les résultats de l'évaluation et les recommandations qui en sont issues lors d'un Comité de Pilotage spécifique. Ce COPIL sera ainsi l'occasion pour les signataires de s'exprimer sur l'avenir du CLS et notamment sur le principe du renouvellement du contrat. L'évaluation du CLS de Villeroze Agglomération a en outre montré que le lien avec certains signataires s'était distendu au cours de la période de mise en œuvre du programme d'actions. Cette distance peut en partie être expliquée par des éléments de contexte. Ainsi, le déclenchement quelques mois

seulement après la signature du Contrat de la pandémie du coronavirus a largement marqué la mise en œuvre du CLS ainsi que la visibilité de cette dernière par les signataires. De plus, il est à souligner que les institutions partenaires comme la région ou encore la préfecture ont été marquées par un phénomène de turn-over. Cela signifie que la personne référente du suivi du CLS a changé à une ou plusieurs reprises au cours de la période de mise en œuvre du CLS. De fait, avec l'organisation d'un seul COPIL par an en théorie, et en pratique, sans COPIL durant une période du fait à la vacance de poste, certains signataires ont estimé ne pas disposer d'une vision globale de l'avancement du CLS. Cela montre que la communication avec les partenaires et signataires pourrait être améliorée.

L'évaluation, et ses résultats concernant la satisfaction des membres du COPIL montrent bien l'importance de saisir l'opportunité de ce COPIL ainsi que de la démarche de renouvellement pour consolider voire reconstruire le lien avec certains signataires. Le but de la présentation de l'évaluation est également de montrer tout ce qui a été mis en œuvre afin de mobiliser les différentes institutions dans le cadre d'un renouvellement. Il s'agit là d'un objectif poursuivi notamment par l'ARS, en la personne de la référente CLS au sein de la DD qui a souhaité que la présentation de l'évaluation mette en lumière la plus-value du CLS pour le territoire et les actions les plus marquantes ayant été mises en œuvre.

2.2.3 La finalité de l'accountability

Comme indiqué précédemment, l'ARS est une institution plurielle avec des niveaux de décisions. Ainsi, la DD doit faire du reporting au niveau de l'ARS Bleuereine. Le reporting peut être défini comme le rapport de l'activité, un compte-rendu, la communication de données ou encore la remontée du terrain. Les résultats de l'évaluation seront ainsi présentés au niveau du siège de l'ARS Bleuereine au sein du Comité Exécutif (COMEX). C'est cette instance qui valide le renouvellement du CLS côté ARS. La référente de la DD a la charge de présenter les résultats du CLS retranscrits dans une lettre de cadrage. La lettre de cadrage est un document signé et validé par la collectivité territoriale afin de préparer le renouvellement ou la création d'un CLS. Son objet est de décrire la démarche relative à l'élaboration du Contrat Local de Santé. Elle contient différents éléments. Premièrement, un rappel du cadre réglementaire et des objectifs du dispositif CLS. Ensuite, une présentation du contexte de la démarche, des besoins prioritaires de santé et du périmètre géographique. La démarche projet doit ensuite être décrite, avec la présentation de la démarche du travail et l'identification des acteurs et de leurs actions. La fin de cette lettre de cadrage précise les modalités de mise en œuvre du CLS à venir (signataires, gouvernance, autres partenaires, engagements réciproques, durée et révision du CLS, et

calendrier prévisionnel de l'élaboration du contrat). Ce document prend effet à sa signature et fin lors de la signature du nouveau CLS.

La prise de décision au sein de l'ARS Bleuereine est réalisée en concertation avec les différents acteurs concernés et notamment en suivant les recommandations de l'évaluation du CLS et en prenant en compte le contexte territorial. Pourtant, elle indique que l'organisation hiérarchique des ARS laisse tout le pouvoir de prise de décision dans les mains du ou de la directeur.ire générale de l'agence. Ainsi, ce ou cette dernier.ère a au final théoriquement tout pouvoir sur la décision de renouveler ou non le CLS. Il est à souligner que cela reste hypothétique, et que le cas ne s'est jamais présenté où le directeur aille à l'encontre des recommandations. On voit ici la force de la chaîne hiérarchique issue du pouvoir central avec la personne nommée en Conseil des Ministres qui possède la décision finale. On voit ici d'autant plus le rapprochement entre les directeurs généraux d'ARS et les préfets (Benamouzig et Pierru 2009). De plus, l'actualité politique a montré que certaines mouvances politiques comme le Rassemblement National souhaiteraient supprimer les ARS et voir leurs compétences transférées vers une direction spécifique au sein des préfectures. Le parallèle entre préfecture et ARS est d'autant plus clair, avec une logique de pouvoir similaire (échelon central, institutions déconcentrées au niveau régional puis départemental).

De plus, l'évaluation et le reporting qui lui est associé est une manière pour l'ARS Bleuereine de justifier au niveau de l'échelon supérieur des sommes engagées sur les dispositifs comme les CLS. En effet, si l'on reprend la doctrine régionale de l'ARS Bleuereine concernant les CLS, on peut voir que chaque CLS coûte à minima 25 000 euros par an à l'ARS. Si on ajoute à cela les financements dans le cadre d'AAP ou encore de demandes de financement, le coût total par an pour l'ARS est de près de 1,8 millions d'euros selon la coordinatrice régionale des CLS. Il s'agit d'une somme considérable, témoignant d'un fort engagement de l'ARS Bleuereine sur les CLS.

Cette finalité de l'accountability s'est traduite dans le cas de l'ARS Bleuereine par une obligation d'une évaluation systématique des CLS. Cette obligation a été mise en place lors de la prise de poste de la référente régionale des CLS qui à défaut de pouvoir produire une doctrine spécifique pour l'évaluation des CLS au niveau régional, l'a rendue obligatoire dans un premier temps. Cela a permis de développer l'évaluation pour tous les CLS de la région et participé à la diffusion de la culture de l'évaluation au sein des DD mais également des collectivités territoriales. Par exemple, au sein de Villeroze Agglomération, le travail sur l'évaluation du CLS a permis la présentation de la méthodologie de l'évaluation ainsi que

sur les bonnes pratiques à un groupe de salariés travaillant également sur des missions transversales : Plan Alimentaire Territorial (PAT), le Schéma de Cohérence Territoriale (SCOT), le Plan-Climat-Air-Energie du Territoire (PCAET)...

L'évaluation doit donc mettre en lumière ce qui a été mis en œuvre dans le cadre des CLS avec par exemple le nombre de personnes touchées par des actions ou la diversité de publics impactés. L'évaluation doit permettre de montrer à voir ce qui a été mis en place sur le territoire du CLS et en général sur le territoire régional couvre l'ARS.

Pour permettre de montrer à voir ces données, l'ARS Bleuereine a travaillé sur de nouveaux outils de reporting qui doivent permettre à l'ARS mais également au ministère et aux coordinateurs des CLS d'avoir une vision globale sur ce qui est mis en œuvre dans le cadre des CLS. On peut notamment citer la dernière version du tableau de suivi de l'avancement du plan d'action, que les coordinatrices de CLS doivent actualiser chaque année ainsi que pour toute demande de financement d'actions par l'ARS. Les différentes catégories de ce tableau ont été utilisées dans le cadre de la démarche d'évaluation, notamment au sein du questionnaire « Fiche-Bilan Action » rempli par les pilotes d'action. On peut penser que l'utilisation de tels outils pourrait permettre à terme, avec une incitation de la part de l'agence, d'harmoniser les évaluations de CLS au sein de la région Bleuereine.

L'ARS Bleuereine, avec la DD des Rougecadres incarne plusieurs finalités. Deux sont communes avec Villerose Agglomération, même si elles ne s'expriment pas de la manière pour les deux institutions. Une lui est propre, celle de l'accountability qui vient remplacer l'institution dans son contexte hiérarchique.

2.3 Les autres acteurs impliqués dans l'évaluation

Si le binôme ARS – Villeroze Agglomération est le principal décideur concernant le CLS en général et l'évaluation en particulier, avec dans ce cas précis une prédominance de la collectivité territoriale, on peut observer que d'autres acteurs ont participé ou ont été considérés dans le cadre de cette évaluation.

2.3.1 Les pilotes d'action du CLS de Villeroze Agglomération

Les pilotes d'action ont été intégrés à l'évaluation notamment par le biais du questionnaire Fiche Bilan Action ainsi que par des entretiens collectifs. En effet, dans la réflexion autour des objectifs de l'évaluation, l'équipe du CLS s'est accordée sur 4 objectifs principaux, présentés précédemment dans la partie 2.1.1. Ces objectifs correspondent en outre majoritairement aux intérêts de la collectivité territoriale. Cette évaluation s'intègre dans une démarche plus globale autour du renouvellement du CLS avec l'évaluation, la mise à jour du diagnostic local de santé ainsi que les premières étapes du renouvellement du CLS et de la concertation. Cette démarche globale s'opère, comme prévu dans le contrat dans l'article relatif à l'évaluation, durant la dernière année d'activité du CLS.

Le dernier objectif de l'évaluation est de **poursuivre la dynamique et la mobilisation partenariales du CLS**. On voit ici que cette évaluation menée notamment par l'Agglomération vient dépasser les finalités théoriques d'une évaluation pour s'ancrer dans le terrain. La dynamique partenariale fait partie des objectifs initiaux du CLS. On voit ici que l'évaluation s'inscrit dans une démarche globale dont les détails comme la méthodologie qui va permettre cette poursuite de la dynamique et de la mobilisation partenariales, sont laissés à la main de l'agglomération sans intervention de l'ARS. Cette démarche globale dans laquelle s'inscrit l'évaluation sera notamment développée en dernière partie.

L'intégration des pilotes d'action dans l'évaluation a été souhaitée par les membres de l'équipe du CLS au sein de Villeroze Agglomération. Cette volonté a été formalisée dans le cahier des charges de l'évaluation, qui a par la suite été validé par l'ARS, au niveau de la DD ainsi que du siège. On peut penser que cette volonté est également partagée par l'ARS. De plus, pour l'élue référente, quand elle est interrogée sur les différents acteurs de l'évaluation, il apparaît que ce sont les pilotes qui doivent être les premiers sollicités : *“Parce que pour moi les plus importants c'est peut-être eux”*.

Les différents entretiens menés avec les membres de l'équipe projet ont montré que l'un des objectifs de l'évaluation était bien de mobiliser le réseau de partenaires auquel appartiennent les pilotes d'action. Cet objectif s'est matérialisé de plusieurs manières. Dans un premier temps, la démarche de recruter une alternante intégrée à l'équipe du CLS et non pas de faire appel à une aide extérieure comme ce qui peut se faire régulièrement montre une volonté d'intégrer cette démarche d'évaluation dans les activités routinières du CLS.

2.3.2 Les citoyens du territoire de Villerose Agglomération

On voit ici que la démarche d'évaluation s'est heurtée à une tension entre échelles de la représentation et efficacité gestionnaire (Gaudin, 2004). En effet, comme tout EPCI de plus de 50 000 habitants, Villerose Agglomération a mis en place un conseil de développement. Un conseil de développement est une instance de démocratie participative regroupant des citoyens bénévoles souhaitant s'impliquer dans la vie de l'EPCI. Ce conseil de développement peut être saisi par l'agglomération ou s'auto-saisir. Dans le cas du conseil de développement de Villerose Agglomération, une confusion est née sur la question de la santé ce qui a mené à la constitution au sein du conseil d'un groupe de travail santé qui pensait évaluer à terme le contrat local de santé. Lors de mon arrivée, le cadre de mon travail a été défini avec une autonomie sur la question de l'évaluation et une participation du conseil de développement à la mise à jour du diagnostic local de santé notamment sur la question de la participation citoyenne. La charte du conseil de développement souligne en effet que son expertise se trouve bien sur la participation citoyenne et non pas sur des compétences communautaires. Il n'était en effet pas envisageable de faire participer à l'évaluation du CLS le conseil de développement qui n'avait pas participé à son élaboration ni à la mise en œuvre du plan d'action.

Cette question a poussé l'équipe du CLS à s'interroger sur les destinataires du CLS : les professionnels et structures du territoire ou les citoyens. Dans le cas de ce premier CLS, il est apparu que les citoyens ont bénéficié des actions mises en place dans le cadre du CLS sans pour autant avoir connaissance du contrat en tant que tel. De fait, l'implication des citoyens à l'évaluation, notamment dans son second niveau sur les processus de mise en œuvre n'a pas semblé pertinente. Ainsi, la visibilité de la politique publique par les citoyens eux-mêmes est encore faible dans le cadre de ce CLS. Pour autant, il est à souligner que leurs représentants, ici les élus communautaires, bénéficieront d'une présentation des résultats de l'évaluation. Cette présentation, réalisée par l'élue référente du CLS, leur permettra de valider ou non le principe de renouvellement du CLS. Ce principe a déjà été

approuvé par le bureau communautaire en juillet dernier. Cette validation par l'ensemble de conseil communautaire déclenche officiellement le processus de renouvellement, avec la rédaction et l'envoi d'une lettre d'intention. Cette lettre d'intention est envoyée par la collectivité territoriale et notifie l'ARS de la volonté de procéder à un renouvellement du contrat.

Par l'absence d'implication des citoyens dans le processus d'évaluation, on peut voir que les objectifs de la finalité démocratique ne sont pas encore totalement atteints. Ainsi, si la SFE définit la finalité démocratique comme mobilisant les citoyens par une mise en débat public, or on voit que les citoyens ne sont dans ce cas précis pas invités à débattre réellement des résultats de cette politique publique. Tout au plus, les résultats leur seront présentés lors d'une réunion publique et/ou lors d'une plénière du conseil de développement mais sans incidence sur les résultats ou l'élaboration de l'évaluation.

La dimension participative est identifiée dans l'évaluation comme l'un des points d'amélioration du CLS. De plus, les axes stratégiques proposés par l'ARS et contenus dans le PRS accordent une grande place à la participation citoyenne et la mobilisation des usagers comme partenaire en santé qui devient un axe transversal des CLS. La question ayant été abordée en COTECH, la position de la DD des Rougecadres est que le CLS doit être connu des citoyens afin de les faire participer à sa mise en œuvre. Le conseil de développement est d'ailleurs impliqué dans la démarche de mise à jour du diagnostic local de santé, notamment dans la réalisation et la diffusion d'un questionnaire à destination des habitants.

Cette volonté de la part de l'ARS de développer la participation des citoyens et des usagers doit être explicitée afin de la rendre opérationnelle. En effet, il existe plusieurs niveaux de participation ainsi que plusieurs visions. Pour la coordinatrice du CLS, la réelle participation des usagers n'est aujourd'hui pas atteinte en raison d'un manque de moyens. Pour autant, il est intéressant de noter qu'elle se place ici dans une vision ambitieuse de la participation citoyenne. En effet, certains éléments du CLS rentrent aujourd'hui déjà dans certaines définitions et niveaux de participation. On peut citer par exemple l'évaluation des Semaines d'Information sur la Santé Mentale (SISM) qui inclut systématiquement un questionnaire de satisfaction à l'issue de chaque action (entre 15 et 20 en moyenne chaque année) afin de recueillir des informations sur les participants (profil, comment ont-ils eu connaissance de l'action, satisfaction vis-à-vis de l'action qui s'est déroulée, souhaits pour une autre action).

On peut voir que différents acteurs sont impliqués dans le cadre de l'évaluation du CLS de Villeroze Agglomération. Le binôme principal composé de Villeroze Agglomération et de l'ARS a également intégré dans la démarche les pilotes d'action du CLS ainsi que dans une certaine mesure les citoyens du territoire de Villeroze Agglomération. Ces différents acteurs ne recherchent pas tous la même chose de l'évaluation et vont incarner des finalités différentes. On peut retrouver une classification des acteurs et des finalités dans le tableau suivant :

	Finalité stratégique	Finalité opérationnelle	Finalité démocratique	Finalité accountability ou rendre des compte
Définition	Aider à la prise de décision concernant l'intervention publique : réorienter, adapter, améliorer la connaissance des besoins et des attentes ou partager le diagnostic et les orientations avec les partenaires	Aider au pilotage et à l'amélioration de la qualité d'une intervention. Clarifier les objectifs et les résultats à atteindre, s'accorder avec les opérateurs sur un diagnostic et des recommandations partagées ou conduire le changement avec les agents chargés de la mise en œuvre du programme Forces et faiblesses → tirer des leçons et des enseignements pour faire mieux → application opérationnelle	Alimenter le débat public et responsabiliser les pouvoirs publics. Rendre compte de l'action publique, communiquer sur ses résultats ou mobiliser les citoyens par une mise en débat public. Question de la transparence de l'action publique ainsi que de sa visibilité par les élus et citoyens	Sous le prisme du NPM, redevabilité liée à la standardisation et la rationalisation On retrouve là l'idée d'atteindre des objectifs cibles et d'évaluer la performance de l'action
Acteurs	- DGA et élue	- Coordinatrice du CLS	- élue référente	- ARS Rougécadres

	- ARS Rougécadres au sein du COPIL - ARS Bleuereine au sein du COMEX		- ARS Bleuereine	- vis-à-vis de l'ARS Bleuereine - ARS Bleuereine vis-à-vis du ministère tutélaire
--	---	--	--	--

En fonction des objectifs qu'ils cherchent à atteindre, ces différents acteurs vont mettre en place des stratégies vis-à-vis des autres acteurs. On va également voir que les finalités sont théoriques quand les acteurs cherchent à voir leurs intérêts représentés et pris en compte dans l'évaluation, et dans sa suite logique, le renouvellement du contrat. Ces intérêts vont être plus concrets.

3 Analyse de la rencontre des intérêts permettant la réussite de l'évaluation

3.1 Dépassement du cadre théorique des finalités

Dans la partie précédente, nous avons cherché à analyser les finalités recherchées par chaque acteur formant ainsi une organisation. Une organisation peut avoir plusieurs sens selon la personne interrogée. Il apparaît que confronter le cadre théorique des finalités recherchées d'une évaluation à la réalité des échanges entre les acteurs fait apparaître des failles dans l'analyse. On peut voir que les différents acteurs peuvent rechercher des finalités différentes, s'accorder sur certains points ou devoir négocier âprement sur d'autres. Il semble nécessaire de venir nuancer le cadre théorique des finalités de l'évaluation en venant interroger les intérêts poursuivis par chaque acteur dans cette démarche d'évaluation.

3.1.1 Des organisations complexes et plurielles

La DGS de Villerose Agglomération a cherché à définir une organisation en se basant sur la situation de la collectivité territoriale : *“Une organisation, ce n'est qu'une personne morale représentant la somme des personnes physiques y appartenant”*

Ainsi, pour elle, et dans le cas de Villerose Agglomération, une organisation n'est qu'une forme juridique. En effet, la jeunesse de l'EPCI, créé en 2017, ne lui permet pas encore d'avoir une réelle stratégie politique concernant l'évaluation des politiques menées et dans le cas de la santé. De fait, l'absence de stratégie politique se matérialise par une multitude de stratégies personnelles avec dans le cas du CLS, des stratégies parfois différenciées entre la DGA, l'élue référente et la coordinatrice du CLS. Ces stratégies sont le plus souvent complémentaires et vont dans le même sens même si on peut parfois assister à des effets de redondance voire de contradiction.

On voit ici que la pertinence du découpage par acteur est à relativiser. En effet, si des stratégies politiques au niveau de l'organisation - ici Villerose Agglomération- pourraient être observées, on assiste davantage à l'addition de stratégies personnelles et humaines. La DGS de Villerose Agglomération met en outre en lumière que l'Agglomération n'a pour l'instant pas de stratégie politique englobant toute l'organisation.

Une définition d'une organisation pourrait être, au contraire de ce que propose la DGS de Villeroze Agglomération, qu'une organisation n'est pas une somme d'individus mais le résultat de la coordination de plusieurs acteurs ou personnes, comme l'ARS et Villeroze Agglomération, réalisant une action collective, ici la mise en œuvre du CLS, son évaluation et son renouvellement, dans un but implicite ou explicite. Par exemple, les actions ayant pour but le renouvellement du CLS sont encore informelles car les différentes instances (COPIL et conseil communautaire) n'ont pas encore acté son principe (cours d'introduction à la sociologie des organisations, Moyal, 2024).

L'ARS n'est pas non plus un acteur uniforme. En effet, plusieurs niveaux sont impliqués au sein du contrat et de son évaluation. On retrouve dans un premier temps les chargées de mission au sein de la DD des Rougecadres qui sont subordonnées à la direction de la DD des Rougecadres qui forme un second niveau. Ces DD doivent permettre de décliner la politique régionale. Si ces DD peuvent être considérées comme dernier maillon d'une chaîne hiérarchique claire émanant de la contractualisation entre les ARS et leur ministère tutélaire, elles ont tout de même une certaine marge de manœuvre.

Ainsi, ces DD, si elles sont subordonnées au niveau régional, opèrent avec une marge de manœuvre qui leur est propre. On peut observer des différences de procédés en fonction des DD. Elles peuvent en outre être marquées par des tensions internes au niveau des ressources humaines. En effet, on peut observer comme dans d'autres structures de la santé publique des effets de turn-over importants avec parfois des périodes de vacances de poste. Au niveau de la DD des Rougecadres, la référente des CLS a quitté son poste à l'été 2023 et ce poste a été pourvu en avril 2024. Entre-temps, c'est une autre chargée de missions de la DD qui a assuré l'intérim en plus de ses missions initiales. Dans cette situation, le suivi du CLS est forcément différent de la normale. De plus, en présence d'une personne référente, on peut observer des différences en fonction de la personnalité, de l'expérience, des missions en-dehors du CLS. Il apparaît ainsi que les directions des DD donnent une couleur aux processus mis en œuvre dans leur structure. Par exemple, le CLS voisin a la possibilité de faire évoluer assez librement le plan d'action par avenant en fonction des besoins identifiés et/ou des difficultés rencontrées. Dans le cas du CLS de Villeroze Agglomération, la question d'un avenant avait été évoquée du fait de la crise sanitaire mais cette piste n'avait pas été retenue. Le territoire voisin, avec qui Villeroze Agglomération a monté le CLS en parallèle et en mutualisant les coûts, est lui en relation avec une autre DD. Cette dernière apparaît comme plus souple concernant l'évolution du plan d'action avec la possibilité de faire des avenants au contrat de manière plus simple. Ainsi, dans le cas de la DD des Rougecadres, les avenants au contrat, en-dehors du cas spécifique et exceptionnel de la prolongation à cause de la pandémie, sont réservés à une

prolongation de la durée de mise en œuvre du plan d'action du fait de la non-mise en œuvre d'une partie significative des actions.

On peut s'interroger sur la réalité de la diffusion de la culture de l'évaluation au sein d'une institution comme l'ARS. En effet, si l'adjointe au directeur de la DD des Rougecadres estime que l'acculturation à l'évaluation est faite au sein de l'institution au niveau départemental, il est apparu pendant l'évaluation que celle-ci était assimilée à devoir "rendre des comptes" pour certaines chargées de mission en charge d'une action du CLS. Cette assimilation du processus d'évaluation à un rendu de compte et/ou à un contrôle est intéressante car on peut voir que selon le niveau hiérarchique, la perception de l'évaluation n'est pas la même. Cette perception d'un rendu de comptes ou d'un compte rendu peut se rapprocher de l'accountability de ce qui a été mené et de la responsabilité que prend la personne et/ou l'institution du déroulé et des résultats de l'action prévue. On voit ici que c'est à la collectivité territoriale que la chargée de mission de l'ARS ne souhaite pas rendre des comptes. En effet, elle considère que la collectivité n'a pas à évaluer la mise en œuvre de cette action qui a été pilotée par l'ARS. On peut s'interroger sur la responsabilité qu'elle éprouve vis-à-vis de la collectivité territoriale au regard de l'action prévue. L'évaluation pose ainsi la question de la responsabilité de chaque institution dans la mise en œuvre du CLS (Gaudin, 2004). Pourtant, il est intéressant de noter que l'ARS mène effectivement des actions afin d'améliorer l'acculturation de ses agents à l'évaluation. Ainsi, depuis 2023, une formation destinée aux agents de l'ARS est mise en place afin de développer une culture commune de l'évaluation au sein de l'agence (au siège comme au sein des délégations départementales). De plus, il est intéressant de souligner que la référente des CLS au niveau régional est également en charge de la mission évaluation et qu'un groupe de travail a été mis en place autour du nouveau PRS en lien avec les différentes instances de démocratie en santé comme les conseils territoriaux de santé (CTS) ou encore la conférence régionale en santé et de l'autonomie (CRSA).

3.1.2 Remise en cause de l'applicabilité du cadre théorique des finalités de l'évaluation

L'évaluation des politiques publiques n'est pas née en France et dans le reste du monde simultanément. On a ainsi pu initialement observer un développement de l'évaluation dans les pays anglo-saxons (Trosa, 2003, p. 11). Au niveau des collectivités locales comme Villeroze Agglomération, on observe un tournant avec la circulaire Rocard du 22 janvier

1989 qui mène à une professionnalisation et une institutionnalisation de l'évaluation des politiques locales (Jacot et al., 2021). Ainsi, le développement de nouveaux instruments d'action publique comme les contrats, les plans, les schémas ou encore les subventions européennes comme le Fond LEADER est généralement assorti d'obligations d'évaluation ou d'éléments s'y rapportant (reporting, audit, suivi...). A Villeroze Agglomération, les chargés de mission travaillant sur ces outils doivent réaliser des évaluations, malgré des craintes exprimées quant à leurs capacités sur le sujet.

Ainsi, au sein de Villeroze Agglomération comme ailleurs, des difficultés résiduelles entravent le développement de la culture de l'évaluation. Lors d'un premier échange avec la DGS, sa première réaction a été de souligner que la collectivité ne faisait pas d'évaluation, puis de compléter, en comparant avec d'autres collectivités qui en font de manière structurelle. Si le sujet de l'évaluation l'intéresse et notamment ce qui peut être retiré de l'évaluation du CLS sur les processus évaluatifs, elle reconnaît des lacunes dans l'acculturation à l'évaluation au sein de Villeroze Agglomération. Il s'agit ici d'une réaction classique de "mauvaise conscience" que l'on retrouve au sein de nombreuses collectivités locales qui ne parviennent pas à mener des évaluations comme elles le souhaiteraient (Jacot et al., 2021). En effet, Villeroze ne dispose pas de service ou de mission dédiés uniquement à l'évaluation des politiques publiques menées par la collectivité.

Lors d'échanges informels, la mission d'évaluation du CLS paraît opaque, confuse voire négative par les agents de la collectivité territoriale. Au sein de l'ARS, si l'adjointe au directeur estime qu'il existe une réelle acculturation à l'évaluation au sein de l'institution malgré un développement de l'évaluation en continu encore lacunaire, ce n'est pas le retour de tous. En effet, lors d'échanges sur le remplissage du questionnaire "fiche-bilan action" avec un chargée de mission de l'ARS des Rougecadres, celle-ci n'a pas souhaité remplir le questionnaire car elle estimait que l'ARS n'avait pas à rendre des comptes à la collectivité territoriale. On voit ici un exemple qu'on peut retrouver dans beaucoup d'organisations, la confusion entre démarche d'évaluation, audit, contrôle financier, etc. Cette confusion mène à une vision négative d'évaluation qui pourrait dans cet imaginaire collectif être porteur de sanction pour qui est évalué. S'il est clair que l'évaluation n'est pas menée sur une personne mais bien un objet comme une intervention publique, ici le CLS, certaines situations montrent une confusion entre l'objet et la personne ou la structure qui le porte. Ainsi, dans le cadre des CLS, l'objet étant personnifié dans la vision qu'en ont la plupart des partenaires par le ou la coordinateur.ice, il est difficile pour ces personnes de ne pas se sentir évaluées notamment pour les aspects de coordination, de suivi ou encore d'animation du contrat. Cette personnification, mise en lien avec l'absence de ressources financières sur l'évaluation conduisant à une évaluation interne menée par le chargé de mission CLS, peut

constituer un biais dans l'évaluation. Avec la confusion entre contrôle pouvant mener à une sanction (ici le non-renouvellement du CLS) et la démarche d'évaluation, on peut ainsi imaginer que les chargés de mission CLS seraient peu enclins à mettre en avant les faiblesses afin de ne pas risquer de perdre leur poste ou même d'entraver le renouvellement du contrat.

De plus, l'évaluation du CLS se heurte à différents obstacles. Au niveau de la méthode, il n'existe pas de doctrine régionale issue de l'ARS Bleuereine indiquant comment mener cette évaluation. Les personnes menant les évaluations des CLS au sein des collectivités territoriales sont confrontées à devoir tâtonner, dans une démarche de *trial and error* afin de déterminer une méthodologie d'évaluation satisfaisante. En effet, pour la coordinatrice régionale des CLS qui a pris son poste en 2019 et qui a mis en œuvre la doctrine régionale en la matière, le contenu de l'évaluation ainsi que sa mise en œuvre ne sont pas apparus comme des priorités.

“Et c'est vrai que l'évaluation, je ne l'ai pas fait dès le départ parce que quand j'ai pris le poste vu que c'était le début des CLS, il n'y avait pas encore besoin de s'occuper de l'évaluation ! Voilà ! Et que je me suis dit la seule chose qu'on va imposer c'est d'évaluer et l'évaluation, il faut la poser dès le départ donc c'est pour ça que dans tous les CLS on a posé ça. Mais comme on allait le faire cinq ans après tu vois j'ai repoussé et là je vois bien la nécessité. Mais c'est que je n'ai pas, j'ai pas pu... et il y a quand eu la crise sanitaire et puis on a eu le PRS à rédiger”.

Si l'évaluation a été rendue obligatoire pour l'ARS Bleuereine, le cumul des missions et les tensions au niveau des ressources humaines au sein de l'agence n'ont pas permis de faire émerger une doctrine régionale concernant l'évaluation des CLS. Cependant, la question est actuellement prise en compte par l'agence et notamment par la référente régionale des CLS. En effet, dans le cadre d'une offre de formation à destination des coordinateurs de CLS de la région Bleuereine produite avec l'EHESP, l'agence cherche à augmenter les compétences des coordinateurs afin de leur permettre une plus grande aisance dans leurs missions d'ingénierie territoriale. Une séquence spécifique dédiée à l'évaluation est ainsi prévue mais le contenu est encore flou. En effet, s'il n'existe pas de doctrine régionale sur l'évaluation des CLS, il n'en n'existe pas non plus au niveau national, malgré l'objectif de couverture de tout le territoire. On peut donc voir que l'évaluation n'est pas une priorité pour l'échelon national qui souhaite davantage mettre en place des politiques publiques comme les CLS, que d'évaluer en profondeur leur impact ou leur processus de mise en œuvre.

On voit ici que le cadre théorique de l'évaluation, ainsi que les finalités qui y sont associées, ne peut pas entièrement s'appliquer dans le cas de l'évaluation du CLS de Villerose Agglomération. En effet, la portée de l'évaluation est nécessairement limitée par l'absence de réelle volonté d'évaluer l'intervention publique. Il apparaît que les outils permettant de réelles évaluations ne sont à l'heure actuelle pas fournis par l'ARS Bleuereine (doctrine régionale et moyens permettant une évaluation objective systématique). De fait, les finalités de l'évaluation (démocratique, opérationnelle, stratégique et de l'accountability) se mélangent et peuvent être entièrement incarnées par un acteur. On voit que l'évaluation va servir à Villerose Agglomération et à l'ARS de poursuivre leurs intérêts concernant le CLS et pas seulement l'évaluation. Cette dernière devient partie d'une démarche plus large et a perdu de son importance et de son unicité.

3.1.3 Confusion sur les limites de la démarche d'évaluation avec celle du diagnostic et du renouvellement

Interrogée sur la démarche d'évaluation, c'est tout naturellement que l'élue référente du CLS évoque sans distinction la mise à jour du Diagnostic Local de Santé ainsi que la préparation du renouvellement. En s'en rendant compte, en cherchant à retrouver la question d'origine, elle souligne qu'elle a toujours du mal à distinguer les différentes démarches et qu'il lui arrive de les confondre lors de présentations orales. Elle est d'ailleurs toujours très reconnaissante quand on peut lui fournir des outils permettant de clarifier les différentes étapes comme le calendrier prévisionnel utilisé en interne (Annexe 3).

Il existe en effet 3 démarches à l'œuvre lors de cette dernière année d'activité du CLS : la démarche d'évaluation qui va se terminer avec la publication d'évaluation du CLS fin septembre 2024 et sa présentation au COPIL et aux élus communautaires, la mise à jour du Diagnostic Local de Santé qui s'achèvera en décembre 2024 avec également une présentation au COPIL et probablement à d'autres instances comme le conseil de développement, le conseil communautaire ou au moins le bureau communautaire, et enfin la démarche de renouvellement qui ne commencera officiellement que lorsque le COPIL et le conseil communautaire de Villerose Agglomération auront validé le principe de renouvellement du CLS après la présentation de l'évaluation et de ses recommandations. La première de ces recommandations est d'ailleurs le renouvellement du CLS.

La confusion entre les différentes démarches s'est par exemple matérialisée dans le questionnaire adressé aux membres du COPIL et signataires du CLS. En effet, interrogés sur leur satisfaction quant à l'atteinte des différents axes du CLS (1 Prévention Promotion

de la Santé, 2 Accès à un environnement sain et de qualité, 3 Accès aux soins, 4 Populations vulnérables et leurs aidants), certains déclaré être peu ou pas satisfaits de l'atteinte de certains objectifs, et notamment de ceux de l'axe 3. Si la question était une question fermée et n'appelait pas à une justification de leur réponse, en croisant les résultats avec les commentaires libres sur les choses à améliorer ou les remarques à ajouter, on peut faire l'hypothèse que les personnes peu ou pas satisfaites le sont davantage à propos de l'offre locale de soins, en l'occurrence sur la santé mentale des jeunes en lien avec les ressources du territoire qui sont à saturation, que concernant la mise en œuvre du CLS. Cet axe a en effet été globalement mis en œuvre avec 100% d'actions engagées même si certaines doivent encore être développées. On voit ici qu'il s'agit plus d'une réponse de diagnostic que d'évaluation du CLS qui a été donnée par ces membres du COPIL.

En effet, lors de plusieurs présentations aux membres du Comité de pilotage, au conseil de développement, au conseil de direction de Villeroze Agglomération ou même lors de points informels, il est à observer que des confusions persistent entre les différentes démarches. Si les opérateurs du diagnostic et de l'évaluation parviennent à séparer les démarches, pour le reste des personnes impliquées, il semble n'y avoir qu'une seule démarche vers le renouvellement.

La question centrale dépasse celle des seules finalités de l'évaluation en interrogeant davantage l'articulation des intérêts des acteurs dans une démarche plus large, celle du renouvellement du CLS.

3.2 Des compromis réalisés dans le cadre de l'évaluation afin de permettre le renouvellement du CLS

Les deux acteurs principaux que sont l'ARS et Villerose Agglomération n'ont pas les mêmes objectifs ni les mêmes intérêts. On a pu voir précédemment que les finalités de l'évaluation recherchées par chaque acteur différaient. Pourtant, le premier CLS a pu être mis en œuvre avec succès (24 actions sur 27, soit environ 85% de mise en œuvre) et les différentes parties souhaitent renouveler le contrat. L'évaluation n'a pas échappé à ces divergences d'intérêts et pourtant, elle a également pu être menée et sera présentée prochainement. Il existe une forme d'accord entre les parties qui permet au contrat d'exister, d'être mis en œuvre et même d'être renouvelé.

3.2.1 Une évaluation sans risque de non-renouvellement

Comme évoqué précédemment, l'ARS a comme mission de permettre la mise en œuvre des politiques nationales sur le territoire de la région Bleuereine. Ces politiques peuvent être diverses, allant de la régulation des établissements sanitaires à des programmes en promotion de la santé. Dans le cadre des CLS, l'échelon central souhaite parvenir à une couverture de 100% du territoire avec ces dispositifs. L'action des ARS est primordiale afin de parvenir à atteindre cet objectif parce qu'au-delà de leur posture de signature, elles sont les partenaires privilégiées des collectivités locales qui vont porter les CLS. Leur doctrine régionale va en outre permettre de faciliter l'atteinte de cet objectif en rendant le contrat attractif ou non pour les territoires et les collectivités. Ainsi, on peut voir que la stratégie de l'ARS Bleuereine d'adopter une doctrine ambitieuse depuis 2019 avec le financement du temps d'ingénierie territoriale a permis d'étendre la couverture régionale en CLS de façon significative.

La poursuite de cet objectif national de déploiement des CLS vient limiter la portée stratégique de l'évaluation. En effet, il apparaît clairement que le renouvellement n'est pas une question de si mais de comment. Pour l'ARS Bleuereine, il apparaît qu'aucun CLS n'a eu à craindre de ne pas être renouvelé. *“Si tu veux, c'est déjà compliqué de mettre en place des dynamiques donc une fois qu'il y a la dynamique, on ne veut pas l'arrêter”* selon la coordinatrice régionale des CLS ARS Bleuereine. Il existe un fort développement des CLS depuis quelques années, avec un grand nombre de contrats déployés sur le territoire régional depuis 2020. Cette nouvelle génération de CLS arrive à peine à l'issue de la période de mise en œuvre. De fait, si certains commencent à être évalués, une grande

partie des CLS de la région ne l'a pas encore été. De plus, la relative jeunesse de la majorité des CLS vient excuser certaines faiblesses. En effet, dans le cas de Villeroze Agglomération, ce premier CLS est considéré comme un premier essai en la matière ainsi qu'une manière de mettre le pied à l'étrier. De fait, les différents partenaires dont l'ARS sont assez tolérants quant aux résultats, tant que des efforts vers la mise en œuvre la plus complète possible du programme d'action ont pu être documentés. L'évaluation sert ici également à monter ces efforts, même si tout le programme d'action n'a pu être mis en œuvre...

L'enjeu de l'évaluation et du processus de renouvellement va davantage tourner autour des modalités de déploiement du contrat et notamment du territoire choisi. En effet, si la doctrine régionale permet un premier cadrage avec un EPCI d'au moins 50 000 habitants, l'ARS souhaite tout de même s'assurer que l'échelon territorial est pertinent au vu des actions mises en place mais également des ressources utilisées. Ainsi, l'évaluation et le processus de renouvellement des CLS est un moyen pour l'ARS d'inciter les collectivités à déployer le contrat sur une échelle plus grande en passant d'une commune à une communauté de commune ou plus pertinente en fusionnant deux CLS dans le cas où les EPCI comptent peu d'habitants. On voit ici que l'ARS a des moyens d'inciter les collectivités à mettre en œuvre la politique nationale.

Pour Villeroze Agglomération, le renouvellement du CLS est également un "non-sujet" selon la DGA. En effet, l'Agglomération a tout à gagner à renouveler le contrat qui permet le financement d'action et de la moitié d'un poste sur le territoire. De fait, l'évaluation perd de sa force et de sa portée car le futur du contrat est déjà tracé.

3.2.2 L'évaluation venant à la fois terminer le CLS1 et lancer le CLS2

On peut voir en outre que si l'évaluation réalisée actuellement marque l'aboutissement du premier contrat local de santé et de la contractualisation qui y est attachée, elle provoque également une seconde démarche de contractualisation et s'y intègre comme composante pleine. En effet, l'évaluation du CLS1 vient nourrir la démarche de renouvellement en la validant mais également en venant apporter des arguments permettant des arbitrages. Nous avons ainsi pu voir que les premiers éléments de l'évaluation avaient permis une évolution de la formulation des axes stratégiques du CLS2. Il y a une forme de continuum entre la première démarche de contractualisation, la démarche d'évaluation qui vient l'achever et la nouvelle démarche de contractualisation qui vient s'en nourrir. C'est donc

bien cette démarche qui vient précéder et mener au contrat et non pas le contrat qui lance la démarche.

Ainsi, pour la DGA de Villeroze Agglomération, si on mène une évaluation “c’est parce qu’avant de continuer et d’avancer pour la suite, tu te poses et tu regardes ce que tu as fait. Parce qu’en fait, on a déroulé le CLS. Et avant de passer au deuxième, il faut bien qu’on évalue le premier pour savoir ce qui a fonctionné, ce qui n’a pas fonctionné, ce qu’on garde et ce que l’on ne garde pas. Il faut ce temps-là, ce temps de prospective et d’introspection”

Par exemple, des négociations et des compromis sur le CLS2 ont déjà eu lieu alors même que le renouvellement n’a pas encore été formalisé ni dans une lettre d’intention ni dans une lettre de cadrage. En effet, le renouvellement répond à des étapes précises : l’évaluation du CLS, l’envoi d’une lettre d’intention de la part de la collectivité territoriale afin d’informer le siège de l’ARS de sa volonté de renouveler le contrat, le passage de la référente du CLS au niveau de la DD en COMEX afin d’évaluer l’opportunité d’un renouvellement, la signature d’une lettre de cadrage par les deux parties - qui constitue en elle-même une sorte de contrat - permettant d’acter la démarche de renouvellement souhaitée par les deux parties et enfin la renouvellement en tant que tel avec la concertation avec les acteurs du territoire, la rédaction du plan d’action avant sa validation notamment par l’ARS avec comme fin de cette démarche, la signature du nouveau contrat par les partenaires.

On peut penser que l’évaluation du CLS et la coexistence de finalités différentes sont rendues possibles par l’objectif général de cette évaluation pour tous les acteurs : le renouvellement du CLS. L’objet est la signature d’un nouveau contrat d’action publique avec comme porteurs principaux Villeroze Agglomération et l’ARS. Ce nouveau contrat répond lui aussi aux principes susmentionnés des démarches de contractualisation avec comme principes généraux, les négociations et le jeu gagnant-gagnant. Comme expliqué précédemment, les démarches de contractualisation débordent des cadres contractuels et se focalisent sur les interactions entre les acteurs. On peut faire l’hypothèse que l’évaluation du CLS1 est une composante de la contractualisation du CLS2, ce qui explique en partie les négociations et les compromis entre différentes finalités. Cette hypothèse est confortée par les différentes démarches concernant le renouvellement qui incluent l’évaluation du CLS1. Pour rappel, le renouvellement est considéré comme un “non-sujet” pour la DGA de Villeroze Agglomération ce qui est en phase avec les autres acteurs. Pour l’ARS, du fait de l’objectif national de couverture intégrale du territoire, ne pas renouveler serait illogique. Interrogée à ce sujet, la coordinatrice régionale explique que l’évaluation sert surtout dans

Juliette BESNARD - Mémoire de l’Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

<2023-2024>

ce cas à voir si le CLS est bien dimensionné par rapport au territoire afin de permettre une action efficace sur la réduction des inégalités territoriales de santé. En effet, la question de l'échelle géographique est primordiale afin que les actions déployées soient efficaces.

Cette hypothèse est en outre confortée par la confusion régnant entre évaluation, diagnostic et renouvellement dans l'esprit de ceux ne travaillant uniquement sur ces sujets. Ainsi, interrogée uniquement sur l'évaluation, l'élue référente du CLS évoque tout naturellement et sans distinction la démarche de diagnostic. Si ces différentes démarches sont toujours en lien, on voit ici plutôt l'impression d'une démarche globale avec comme objectif final la signature du nouveau contrat. Pour elle, l'évaluation fait clairement partie du processus de renouvellement du CLS.

Il existe un continuum dans les démarches de diagnostic, d'évaluation et de renouvellement qui s'inscrit dans le processus de contractualisation du nouveau CLS.

3.3 Les dynamiques à l'œuvre pour l'évaluation sont celles de la contractualisation

Comme on a pu le voir précédemment, l'évaluation du CLS de Villeroze Agglomération vient s'inscrire dans une démarche plus large englobant également la mise à jour du diagnostic local de santé et la préparation du renouvellement. On a également vu que les deux acteurs principaux, l'ARS Bleuèreine et Villeroze Agglomération, avaient des intérêts différents pour le CLS et son évaluation. Pourtant, il semble y avoir un équilibre entre ces intérêts et les stratégies qui sont mises en place pour y parvenir permettant la réussite du CLS. Cet équilibre est en fait inscrit dans l'ADN du CLS en tant que contrat comme instrument d'action publique, qui se nourrit de ces différents intérêts et des négociations qui en émanent. La démarche englobant toutes les autres est en fait celle de la contractualisation du nouveau CLS.

3.3.1 Une négociation constante entre les parties

Le but même des CLS est de faire se rencontrer des intérêts divergents. Du point de vue de la collectivité territoriale, ici Villeroze Agglomération, le CLS doit permettre de formaliser un programme d'actions ayant émergées directement du territoire lors du diagnostic et de la concertation. Du point de vue de l'ARS, les CLS sont des outils de déclinaison de la politique régionale au niveau local. Par exemple, les axes stratégiques des CLS sont définis dans le PRS, à l'échelon régional donc, sans avoir émergé du territoire concerné par le CLS. Pour autant, ces axes sont larges et doivent permettre aux collectivités de faire apparaître en leur sein des actions pertinentes pour le territoire. Ainsi, les axes décidés lors du COTECH du 10 juin 2024 sont les suivants :

4 axes thématiques :

- Prévention et Promotion de la santé
- Santé environnementale
- Organisation des parcours de santé et attractivité des métiers du soin et de l'accompagnement
- Populations vulnérables et leurs aidants

1 axe transversal :

- La participation citoyenne et la mobilisation des usagers comme partenaire en santé

Lors de ce COTECH, on a pu observer une réelle négociation concernant la définition de ces axes. En effet, à l'origine, les axes stratégiques des CLS sont précisés au niveau régional dans le PRS et sont semblables pour tous les territoires. Pour autant, une première présentation des résultats de l'évaluation et de la mise à jour du diagnostic local de santé a permis d'avancer des arguments pour justifier une évolution de ces axes afin de coller aux réalités du territoire et du CLS. On voit ici que l'équipe du CLS a profité d'une marge de manœuvre due à une zone d'incertitude pour l'ARS. En effet, l'ARS n'est pas un acteur de terrain et n'est pas en mesure de connaître les besoins réels des acteurs et du territoire. Dans le cadre de l'évaluation, c'est cette équipe CLS, interne à la collectivité territoriale qui est dans le concret et dans l'opérationnel et qui peut justifier d'une connaissance approfondie du réel. C'est cette maîtrise de la zone d'incertitude de l'ARS par Villerose Agglomération qui permet une négociation entre les parties. Cette zone d'incertitude représente une source de pouvoir (Crozier et Friedberg, 1981). Cette zone d'incertitude de l'ARS est ainsi mise en lumière dans les statuts du CLS de Villerose Agglomération. Ainsi, dans la partie contexte réglementaire qui introduit le contrat, il est rappelé que les CLS permettent de "bénéficier de la connaissance qu'a la commune de la population, des réseaux associatifs et professionnels, de la réalité des quartiers pour améliorer l'efficacité des actions en santé, notamment de prévention". On voit ici que la commune ou dans le cas présent, l'EPCI, dispose d'une connaissance fine et reconnue de la réalité de son territoire et de ses ressources dont les acteurs présents et susceptibles d'être mobilisés. De plus, il est souligné que l'efficacité des actions mises en œuvre dépend de cette connaissance. Ainsi, pour les actions en santé publique et notamment en prévention souhaitées par l'ARS afin de réduire les inégalités territoriales de santé, puissent fonctionner au mieux et produire des résultats sur la santé des habitants du territoire, l'expérience et la connaissance de la collectivité territoriale sont primordiales.

Les deux parties vont mettre en œuvre des stratégies afin d'atteindre leurs objectifs qu'ils soient implicites ou non. Ainsi, l'objectif affiché de l'ARS Bleuereine est de maximiser la couverture territoriale par des CLS en se servant de cet outil comme une déclinaison du PRS sur le territoire local sur lequel elle n'a que peu de prise.

Ces stratégies vont se mettre en place en fonction des contraintes des organisations : Villerose Agglomération, l'ARS Bleuereine mais également la DD des Rougecadres ainsi que le CLS qui peut constituer une organisation en lui-même. En matière de contrainte, on peut par exemple identifier des contraintes temporelles liées au calendrier à suivre, notamment dicté par les exigences de l'ARS. Ces dernières sont mises en place afin de permettre une mise en œuvre rapide du plan d'action du CLS. En effet, le cœur de cette politique publique est la réalisation d'actions ayant pour objectif principal la réduction des inégalités territoriales de santé.

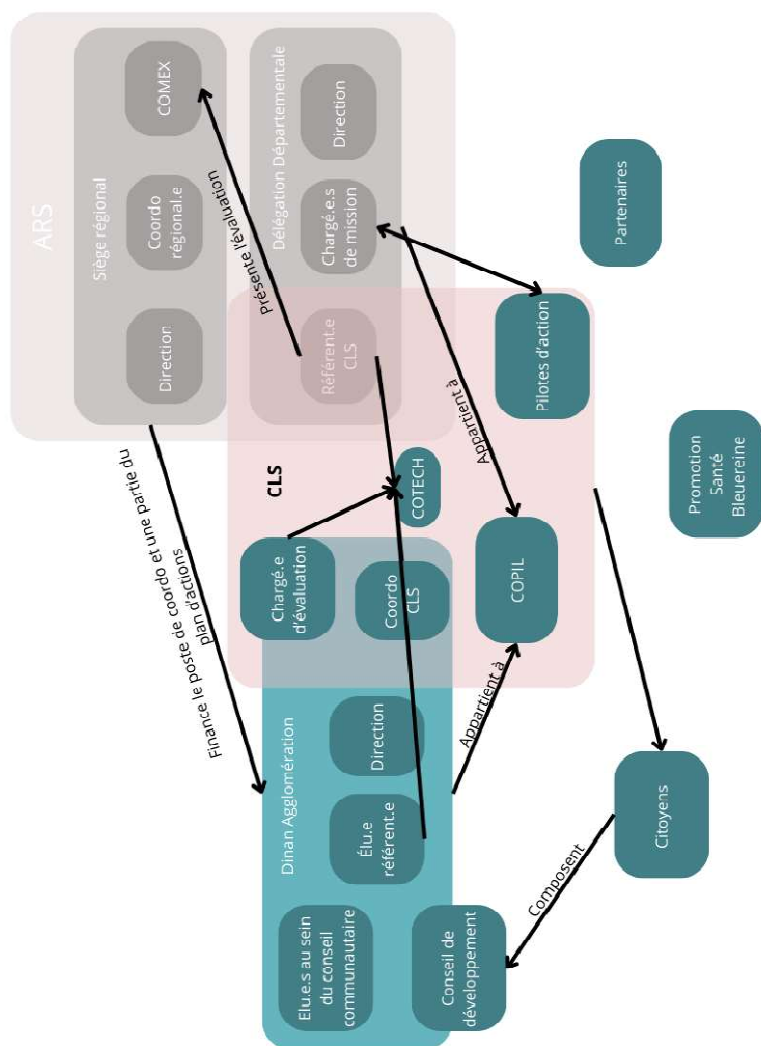
Les contrats d'action publique comme les contrats locaux de santé sont en fait fruits de la négociation entre des parties, souvent l'état et une tutelle comme les universités (Musselin, 2017). Ces négociations peuvent être âpres, mais les deux parties ont au final un objectif commun, celui de la mise en œuvre de la politique publique, ici le contrat local de santé. C'est cette démarche de négociation qui caractérise les contrats d'action publique, bien plus que leur contenu formalisé ou réel. Ainsi, pour la DGS de Villerose Agglomération : *“Et puis aussi ça permet de reconnaître l'autre comme existant. On voit qu'il y a beaucoup de contrats ou de conventions creux. En fait il n'y a rien dedans quoi. On se dit simplement qu'on existe et que oui on se reconnaît comme des acteurs d'un même territoire sur un même sujet.”*. Ainsi, elle se pose elle-même la question de la réelle plus-value du CLS au-delà de la présence de la chargée de mission au sein de la collectivité. De plus, il apparaît que certaines fiches-actions auraient été réalisées sans signature du contrat, par exemple celles liées à l'ouverture d'une structure dont une ouverte quelques semaines après la signature du contrat.

Les négociations sont perpétuelles au sein du CLS et font partie de son équilibre. Les relations entre les acteurs principaux sont marquées par ces négociations qui viennent formaliser des rapports de force entre eux.

3.3.2 Une interdépendance des acteurs menant à leur accord

Le contrat, plus qu'un simple outil de gouvernance ou instrument d'action publique est également un processus qui va venir façonner les relations entre les acteurs. Il s'agit en outre d'une forme d'organisation en elle-même, en sa capacité à produire des règles qui lui sont propres et à provoquer la mise en œuvre de stratégies en son sein, par exemple entre Villerose Agglomération et l'ARS.

Le sociogramme des acteurs montre tous les liens existants entre les différents acteurs. En effet, un très grand nombre d'acteurs et de personnes sont impliqués dans le CLS ainsi que dans son évaluation. On peut voir que les acteurs et notamment Villerose Agglomération et l'ARS sont particulièrement interconnectés, avec le CLS au milieu.



Ces relations au sein du sein sont caractérisées par la dépendance entre les acteurs. L'ARS Bleuereine a besoin de Villerose Agglomération. En effet, le déploiement des CLS vient servir deux objectifs : Premièrement, une couverture de tout le territoire par des CLS. En effet, l'ARS Bleuereine, dans le cadre de sa relation de contrat et tutélaire avec l'échelon central, doit œuvrer pour la mise en œuvre et l'atteinte des objectifs nationaux. Deuxièmement, comme décrit précédemment, les CLS servent également de moyens de déclinaison de la politique régionale de l'ARS et notamment du PRS.

Les CLS, comme les autres contrats d'action publique, sont des documents formalisant une démarche de compromis entre deux institutions ou échelons. Il s'agit d'un jeu qui doit être gagnant-gagnant afin que chaque partie puisse en tirer des intérêts. Ce processus de négociation est également appelé par Patrick Le Lidec "le jeu du compromis" (2007) dans le cas de la décentralisation. Dans ce cas, il s'interroge sur les dynamiques à l'œuvre lors de la décentralisation et du transfert de compétences de l'État central vers les collectivités territoriales. Selon lui, ces transferts ne se font pas de manière unilatérale de la part de l'État qui chercherait à se débarrasser de ces responsabilités mais naîtraient d'un processus de négociation et de compromis en fonction du contexte politique, économique ou encore territorial à l'œuvre.

On peut voir dans le processus de renouvellement du CLS que Villerose Agglomération sollicite l'ARS Bleuereine afin de renouveler le contrat. Cette sollicitation intervient après la validation politique du principe de renouvellement. En effet, si dans l'équipe resserrée du CLS, la question du renouvellement ne se pose pas, les instances décisionnaires de Villerose Agglomération sont sollicitées. Ainsi, l'élue référente du CLS a présenté en présence de la coordinatrice du CLS, l'état d'avancement du CLS, le calendrier de l'évaluation, de la mise à jour du diagnostic local de santé ainsi que du renouvellement et les points marquants de ces démarches. Elle a notamment mis en avant la nécessité pour elle de renouveler le CLS, voire de le développer en fonction des besoins identifiés en mettant en lumière l'importance du poste de chargée de mission santé publique qui est permis grâce au CLS.

De plus, comme évoqué précédemment, l'évaluation et le renouvellement forment un moment qui est propice à l'ARS. En effet, lors de ce processus, l'ARS a les cartes en main pour atteindre ses objectifs régionaux ainsi que les objectifs nationaux. Ainsi, le renouvellement d'un CLS peut être conditionné à son extension sur un territoire plus vaste ou plus profitable à l'ARS.

Pour autant, Villeroze dispose d'un avantage dans la démarche du renouvellement, celui du contrôle de la démarche d'évaluation. En effet, un adage bien connu et largement utilisé lors d'entretiens informels pose que "celui qui paye, décide". Dans le cadre de la démarche d'évaluation, la doctrine régionale de l'ARS Bleuereine ne prévoit pas de soutien particulier à l'évaluation. En effet, cette dernière est prise en compte dans le temps d'ingénierie territoriale et dans le poste qui est cofinancé à hauteur de 25 000 euros par an. Les missions comprises dans le temps d'ingénierie territoriale (animation, coordination, suivi, évaluation du CLS ainsi que diagnostic local de santé) sont très largement chronophages, notamment quand comme dans le cas du CLS de Villeroze Agglomération, la chargée de mission CLS est également pilote ou copilote d'un certain nombre d'actions. De fait, le temps et les ressources pouvant être dédiées à l'évaluation sont généralement faibles et ne peuvent souvent pas conduire à une évaluation extensive menée par la personne en poste.

Les relations dans le cadre de cette contractualisation sont soumises au contrôle de plusieurs zones d'incertitude par différents acteurs. Ainsi, Villeroze Agglomération détient la vision opérationnelle du CLS avec notamment la connaissance du terrain et de ses acteurs. La DD détient une partie de cette vision qui va lui permettre de pousser pour le renouvellement au niveau du siège de l'ARS Bleuereine. De son côté, l'ARS Bleuereine valide en dernier lieu le renouvellement et donc la mise en œuvre du contrat. De plus, c'est elle qui détient le pouvoir sur le financement du poste d'ingénierie territoriale et de certaines actions.

Si le gros des relations se déroule entre l'ARS et Villeroze Agglomération, il est également intéressant de souligner que le caractère interdépendant des relations s'applique également à celles impliquant les pilotes d'action. En effet, comme mentionné précédemment, les pilotes sont les seuls à être en mesure d'évaluer la réussite de leur action car en l'absence de données recueillies de manière systématique, ils sont les acteurs ayant la meilleure connaissance du terrain et de l'action menée. Par exemple, pour les actions menées de manière indépendante de la collectivité territoriale, comme la fiche-action sur le sport adapté, portée par l'office intercommunal des ports de communes du territoire, seul le directeur de la structure est en mesure d'apprécier les résultats de l'action au regard de la typologie des personnes accompagnées, confrontée notamment à sa connaissance du public et du territoire. On voit ici que la proximité et le lien avec le territoire et sa population sont primordiaux pour en avoir une compréhension et une appréciation fines. Les pilotes d'action maîtrisent en ce sens une zone d'incertitude vis-à-vis des commanditaires des actions comme l'ARS et Villeroze Agglomération. Ces dernières

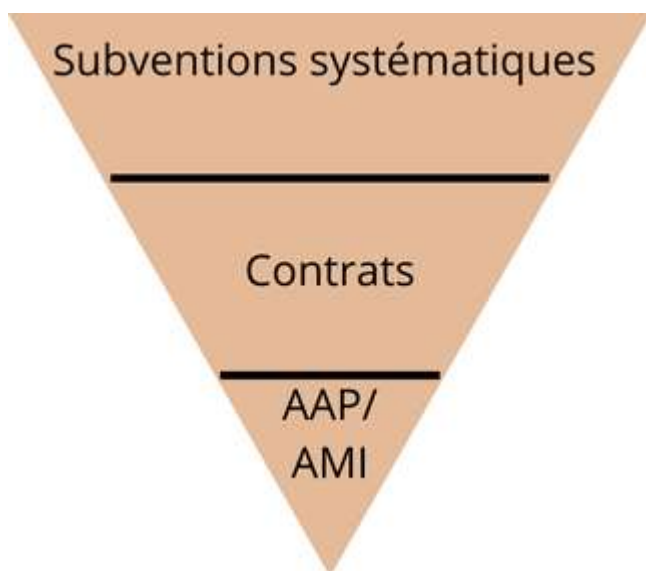
maîtrisent d'autres aspects de la relation, comme le financement des actions, ou encore la coordination via l'animation menée par ces deux acteurs sur le territoire.

Comme dans la vision de la solidarité organique d'Emile Durkheim, les acteurs sont ici interdépendants car spécialisés. Chaque acteur dispose ainsi du contrôle d'une zone d'incertitude qui lui permet de peser dans les négociations. Au final, chaque acteur dispose d'un certain pouvoir qu'il peut exercer afin d'obtenir des autres ce qu'il recherche. Cette négociation liée à l'interdépendance fonctionne car le contrat est une forme nouvelle d'instrument d'action publique, permettant la coexistence de chacun ainsi que de ses intérêts.

3.3.3 Le contrat, une solution consensuelle

Le contrat, s'il est aujourd'hui communément accepté souffre encore d'une image parfois négative, notamment pour les personnes ayant vécu les premières générations de contrats, venant faire évoluer un système où les financements étaient systématiques.

Pour la DGS de Villeroze Agglomération, le contrat permet à l'État de mettre en œuvre des politiques en faisant intervenir des moyens opérationnels qu'il n'a plus. Il existe une sorte de pyramide descendante des nouvelles formes de gouvernance et d'attribution des fonds en réponse à la contrainte budgétaire croissante.



“Toutes ces choses-là sont aussi une façon pour l'État notamment de pouvoir garder un rôle opérationnel qu'il est incapable d'avoir avec sa propre administration. En fait il pilote avec des moyens qu'il n'aura jamais quoi parce qu'il les a décentralisés. En amenant un peu d'argent.”

On voit ici que le contrat est bien une façon de contrer les effets de la décentralisation et de pallier une forme de crise de la gouvernance de l'État central.

Cette pyramide montre également que les montants investis par l'État se réduisent ce qui témoigne de la contrainte budgétaire croissante sur les politiques publiques. La DGS estime ainsi que : *“La contractualisation, c'est arrivé au moment où il y avait un peu des diminutions d'argent”*.

Cette contrainte budgétaire est particulièrement forte dans le milieu de la santé et les ARS en sont à la fois outils et cibles (Duchesne 2018). Ces dernières vont mener des actions publiques via les contrats afin de faire faire à leurs partenaires, en fonction de leurs compétences. Elles sont toutefois limitées par la contrainte budgétaire qui s'exerce sur elles, avec par exemple la multiplication des missions des agents. La référente régionale des CLS est également chargée de la mission évaluation au niveau de l'agence ainsi que de la coordination du PRS.

Le contrat s'est largement généralisé comme un nouvel instrument d'action publique. Cet instrument, s'il peut être critiqué du fait de la contrainte budgétaire et du pilotage à distance qu'il représente, apparaît tout de même comme une solution globalement consensuelle.

Il s'agit aujourd'hui d'un instrument d'action publique qui est considéré comme politiquement facile et accepté par les différentes institutions (Musselin, 2017). Le contrat permet ainsi aux tutelles de toucher des subventions sans lesquelles les politiques publiques ne pourraient être mises en place. De fait, on n'observe que peu de résistance et d'opposition à sa signature. En effet, comme on a pu le souligner précédemment, le contrat permet, de par sa nature flexible, de voir coexister les intérêts des différents acteurs. Si cette coexistence peut poser des difficultés opérationnelles, elle permet toutefois de mettre en place, puis en œuvre une politique publique impliquant différents acteurs qui peuvent s'en satisfaire ainsi que le valoriser pour leur politique propre.

De plus, le contrat, comme nouveau moyen de gouverner et donc nouvel instrument d'action publique pour l'État ou ses autorités déconcentrées, permet de dépasser le clivage entre nationalisation et privatisation d'une politique en s'appuyant sur les compétences et les moyens de chaque acteur impliqué. *“ Il y a une notion d'engagement. Il y a une notion de répartition. Tout le monde ne va pas tout faire.”* Selon l'élue référente du CLS. On voit ici que le contrat permet également de réunir différentes parties comme ici les signataires mais également les pilotes d'action afin de répartir la charge de la politique publique à mener.

“On s'est engagé. On s'est lancé ensemble et on va aller vers des objectifs ensemble.” Toujours selon l'élue référente du CLS. Ces propos font écho à la lettre de cadrage du

nouveau CLS : “L’intérêt à « agir ensemble » dans un objectif commun constitue le socle de la démarche CLS”. On voit ici que tout le dispositif CLS est basé sur ce principe d’agir ensemble, entre l’ARS et la collectivité, mais également dans le cas de l’ARS Bleuereine avec les partenaires du territoire (région, département, préfecture, CPAM, MSA, CARSAT, Education Nationale et Enseignement privé catholique). On voit ici que le contrat permet de “fédérer les partenaires sur des problématiques communes” comme indiqué dans la lettre de cadrage du nouveau CLS (Annexe 4).

L’élue référente du CLS a tenu à souligner son attachement au contrat : *“j’aime beaucoup travailler sous forme de contrat”*. Cela est lié à une certaine vision du contrat, qu’elle a elle-même utilisé dans sa carrière de travailleuse sociale. Elle n’est pas la seule à exprimer un certain attachement au contrat comme cadre. En effet, l’évaluation a révélé que plusieurs pilotes considèrent la forme contrat comme facteur de la plus-value du CLS. En effet, le contrat et l’engagement qui y est lié permet une incitation positive à la mise en œuvre du programme d’action. Les engagements sont pris et le contrat permet que chacun s’y tienne. En effet, malgré la distinction claire entre les contrats d’action publique et ceux de droit privé, le mot contrat veut toutefois dire quelque chose dans l’imaginaire collectif. En effet, les données relevées dans le cadre de l’évaluation, notamment dans le cadre des entretiens individuels avec l’équipe projet du CLS ainsi des entretiens collectifs avec les pilotes d’actions montrent que l’engagement pris par la signature du contrat vis-à-vis de la réalisation des fiches-actions permet une mise en œuvre du programme d’action quasi-assurée. Il s’agit d’un contrat presque moral liant les structures et les personnes nommées pilotes d’action au sein de ces structures aux signataires du CLS. Cet engagement pourrait d’ailleurs être formalisée et renforcée dans le cadre du nouveau CLS. En effet, l’une des recommandations de l’évaluation est la rédaction et l’ajout au contrat d’une charte du pilote afin de développer l’engagement des pilotes concernant le pilotage de leur action. En général, les recommandations de l’évaluation tendent vers une extension du document du contrat, avec une plus grande formalisation des modalités de mise en œuvre, s’éloignant ainsi de l’aspect flexible, voire creux décrit par la DGS ainsi que certains auteurs.

“Le contrat local de santé, outil de contractualisation au service d’une politique de santé territorialisée”. Voilà comment est défini le CLS dans la lettre de cadrage qui vient formaliser la nouvelle démarche de contractualisation pour le renouvellement. On voit enfin ici comment le contrat est dans le champ de la santé publique, utilisé pour venir territorialiser, voire différencier la politique nationale et régionale. Il s’agit d’un outil complémentaire à d’autres comme les stratégies nationales ou encore les PRS. Ce contrat a bien pour but de venir s’ancrer dans le territoire, en se basant sur les compétences de la collectivité

territoriale, complémentaires de celles des ARS, afin de répondre aux besoins identifiés par les deux institutions ainsi que par les partenaires, notamment les signataires qui seront interrogés sur leurs priorités lors de la démarche de renouvellement.

Conclusion

L'évaluation du Contrat Local de Santé de Villeroze Agglomération est marquée par la rencontre de différentes finalités. En effet, si l'on se rapporte au cadre théorique des finalités évaluatives de la SFE, on retrouve dans cette évaluation les finalités démocratique, opérationnelle et stratégique, auxquelles vient s'ajouter une quatrième plus propre à ce contrat, celle de l'accountability qui s'inscrit dans un schéma institutionnel particulier. On a également pu voir que malgré la prédominance de deux acteurs, l'ARS Bleuereine et Villeroze Agglomération, d'autres acteurs ont pris part à la démarche d'évaluation : les pilotes d'action du CLS et les citoyens du territoire de Villeroze Agglomération.

L'analyse des finalités recherchées par chaque acteur a été compliquée par les limites osées à la portée de l'évaluation, comme le principe de renouvellement validé avant la présentation de l'évaluation. De fait, on a pu observer des stratégies mises en œuvre par les acteurs afin d'atteindre leurs intérêts plutôt que les finalités de l'évaluation. En effet, cette évaluation est venue s'intégrer dans une démarche plus large, comprenant également la mise à jour du diagnostic local de santé et la préparation du renouvellement. Cette démarche est en fait celle de la nouvelle contractualisation à l'œuvre. Cette dernière se caractérise par une négociation constante et une interdépendance des acteurs. En effet, on a pu observer une forme d'équilibre des relations, malgré des intérêts différents, grâce au contrôle de chacun d'une zone d'incertitude vis-à-vis des autres acteurs. Cet équilibre permet au contrat local de santé d'exister et de fonctionner. Le contrat apparaît donc comme une solution consensuelle, permettant de faire coexister les intérêts de chacun. La réussite de ce premier CLS permet de souligner la pertinence de l'outil « contrat » afin de mener et de mettre en œuvre une politique de santé territorialisée.

Ce travail comporte cependant des limites : Cette analyse des relations des parties dans le cadre d'une évaluation se limite au contexte présenté et ne peut donc pas être considérée comme représentative de la diversité des relations contractuelles qui lient les collectivités territoriales et les ARS sur le territoire national. Il faudrait réaliser une analyse des relations dans le cadre des plusieurs évaluations de CLS pour parvenir à définir un cadre d'analyse rigoureux dépassant les spécificités contextuelles.

De plus, ma place comme chargée de l'évaluation du CLS, si elle m'a permis de récolter une grande quantité d'informations et d'observer les interactions entre les acteurs de l'évaluation, mène également à certains biais. En effet, il est à noter que c'est Villeroze Agglomération qui prend en charge le coût de mon salaire et de ma formation, sans aide

supplémentaire de la part de l'ARS. De fait, dans le cadre de l'évaluation comme dans celui de ce travail académique, si un jugement neutre et objectif est recherché, il est nécessaire de souligner la dépendance existante vis-à-vis de l'employeur.

Malgré la réalisation d'entretiens dans le cadre de l'évaluation ainsi que certains supplémentaires pour la réalisation de ce mémoire, ma présence au sein des locaux de Villeroze Agglomération, en échange constant et régulier avec les membres de l'équipe resserrée du CLS ne m'ont pas permis d'atteindre un niveau de connaissance aussi détaillé pour l'ARS et sa DD. Cela est également dû à l'absence d'une référente CLS au sein de la DD durant une grande partie de ma période d'observation et d'analyse pour ce travail de mémoire. Je n'ai donc pas réellement eu l'occasion d'observer le binôme ARS- collectivité territoriale à l'œuvre.

Ce travail pourrait donc être développé en réalisant un travail de recherche approfondie au sein des autres institutions impliquées dans le CLS, l'ARS mais également les signataires voire les pilotes d'action. Cela permettrait de neutraliser une partie des biais, notamment ceux liés à l'attachement à une seule structure, Villeroze Agglomération. Cela permettrait en outre de mieux appréhender les intérêts explicites et implicites de ces acteurs, en venant éclairer l'analyse déjà produite avec de nouvelles données.

Bibliographie

Benamouzig, D. and Pierru, F. (2009) 'Gouvernance sanitaire : le risque autoritaire', *Libération*, 17 March. Available at: https://www.liberation.fr/societe/2009/03/17/gouvernance-sanitaire-le-risque-autoritaire_546574/ (Accessed: 31 July 2024).

Berrivin, R. and Musselin, C. (1996) 'Les politiques de contractualisation entre centralisation et décentralisation : les cas de l'équipement et de l'enseignement supérieur', *Sociologie du travail*, 38(4), pp. 575–596. Available at: <https://doi.org/10.3406/sotra.1996.2287>.

Borraz, O. (2022) *La société des organisations*. Presses de Sciences Po. Available at: <https://shs.cairn.info/la-societe-des-organisations--9782724638608?lang=fr> (Accessed: 25 August 2024).

Bras, P.-L. (2009) 'La création des agences régionales de santé: notre système de santé sera-t-il encore mieux gouverné?', *Droit Social* [Preprint], (11).

Conseil d'Etat (2020) *Etude annuelle 2020 : Conduire et partager l'évaluation des politiques publiques*. Available at: <http://www.vie-publique.fr/rapport/276060-conduire-et-partager-l-evaluation-des-politiques-publiques-etude-2020> (Accessed: 14 April 2024).

Crozier, M. and Friedberg, E. (1977) *L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective*. Paris: Editions du Seuil.

Duchesne, V. (2018a) 'L'agence, le contrat, l'incitation. Les Agences régionales de santé fer-de-lance administratif de la politique de santé', *Journal de gestion et d'économie médicales*, 36(4), pp. 159–180. Available at: <https://doi.org/10.3917/jgem.184.0159>.

Duchesne, V. (2018b) 'L'agence, le contrat, l'incitation. Les Agences régionales de santé fer-de-lance administratif de la politique de santé', *Journal de gestion et d'économie médicales*, 36(4), pp. 159–180. Available at: <https://doi.org/10.3917/jgem.184.0159>.

Duran, P. (2021) 'Évaluation des politiques publiques : les leçons de l'expérience', *Revue française d'administration publique*, 177(1), pp. 1–15. Available at: <https://doi.org/10.3917/rfap.177.0007>.

Gaudin, J.-P. (2004) 'La contractualisation des rapports entre l'État et les collectivités territoriales', *Annuaire des Collectivités Locales*, 24(1), pp. 215–234. Available at: <https://doi.org/10.3406/coloc.2004.1540>.

Haschar-Noe, N. and Salamero, E. (2014) 'Le contrat local de santé: un outil de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé', *La Santé en Action*, (428), pp. 14–17.

Jacot, H., Forzy, L. and Miclo, F. (2021) 'Quelle(s) pratique(s) d'évaluation dans les collectivités locales?', *Revue française d'administration publique*, 177(1), pp. 69–82. Available at: <https://doi.org/10.3917/rfap.177.0075>.

Jourdain, A., Muñoz, J. and Hudebine, H. (2017) 'Les acteurs de la loi HPST confrontés à la recentralisation du secteur médicosocial', *Santé Publique*, 29(3), pp. 345–360. Available at: <https://doi.org/10.3917/spub.173.0345>.

Le Lidec, P. (2007) 'Le jeu du compromis : l'Etat et les collectivités territoriales dans la décentralisation en France', *Revue française d'administration publique*, 121–122(1–2), pp. 111–130. Available at: <https://doi.org/10.3917/rfap.121.0111>.

Ministère du travail, de la santé et des solidarités (2024) *Loi HPST (hôpital, patients, santé, territoires)*, Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Available at: <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/financement-des-etablissements-de-sante-glossaire/article/loi-hpst-hopital-patients-sante-territoires> (Accessed: 3 June 2024).

Musselin, C. (2017) *La grande course des universités*. Presses de Sciences Po. Available at: <https://doi.org/10.3917/scpo.musse.2017.01>.

Ravignon, B. and Blaison, E. (2024) *Coûts des normes et de l'enchevêtrement des compétences entre l'État et les collectivités : évaluation, constats et propositions*. Ministère de l'Economie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique, Ministère de l'Intérieur et des Outre-Mer.

Schapman-Segalie, S. and Lombrail, P. (2018) 'Repères méthodologiques pour l'évaluation des Contrats Locaux de Santé et de leur capacité à réduire les inégalités sociales de santé', *Santé Publique*, S1(HS1), pp. 47–61. Available at: <https://doi.org/10.3917/spub.184.0047>.

Tabuteau, D. (2010) 'Loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) : des interrogations pour demain !', *Santé Publique*, 22(1), pp. 78–90. Available at: <https://doi.org/10.3917/spub.101.0078>.

Trosa, S. (2003) 'L'évaluation des politiques publiques', *Les notes de benchmarking international* [Preprint].

vie-publique.fr (2020) *Qu'est-ce que l'acte II de la décentralisation ?* | *vie-publique.fr*. Available at: <https://www.vie-publique.fr/fiches/19609-quest-ce-que-lacte-ii-de-la-decentralisation> (Accessed: 3 July 2024).

vie-publique.fr (2022) *Qu'est-ce que l'acte I de la décentralisation ? (les lois Defferre)*. Available at: <https://www.vie-publique.fr/fiches/19608-quest-ce-que-lacte-i-de-la-decentralisation-les-lois-defferre> (Accessed: 3 July 2024).

vie-publique.fr (no date) *Loi HPST, hôpital, patients, santé, agences régionales de santé*. Available at: <https://www.vie-publique.fr/loi/20546-loi-hpst-hopital-patients-sante-agences-regionales-de-sante> (Accessed: 3 June 2024).

Liste des annexes

Annexe 1 : Programme d'actions du CLS de Villeroze Agglomération (confidentiel)

Annexe 2 : Cahier des charges de l'évaluation du CLS de Villeroze Agglomération (confidentiel)

Annexe 3 : Calendrier prévisionnel de l'évaluation, du renouvellement et de la mise à jour du diagnostic local de santé de Villeroze Agglomération (confidentiel)

Annexe 4 : Lettre de cadrage du nouveau CLS – ARS Bleuereine (confidentiel)

BESNARD	Juliette	16 septembre 2024
Master 2 Pilotage des politiques et actions de santé publique Promotion 2024		
Analyse de la convergence de finalités et d'intérêts différents : l'exemple de l'évaluation et du renouvellement d'un Contrat Local de Santé		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université de Rennes		
Résumé : L'évaluation du Contrat Local de Santé de Villerose Agglomération (lieu anonymisé) implique de nombreux acteurs, dont le binôme qui le co-pilote, l'ARS et la collectivité territoriale mais également d'autres acteurs comme les signataires du contrat, les pilotes d'action ou encore les citoyens. Ces différents acteurs ne vont pas avoir les mêmes attentes de l'évaluation, avec plusieurs finalités évaluatives exprimées : démocratique, stratégique, opérationnelle et d'accountability. Ces finalités théoriques de l'évaluation ont été remplacées par les intérêts des acteurs concernant le CLS en général, dans le contexte de la démarche de renouvellement, englobant également l'évaluation et la mise à jour du diagnostic local de santé. Ces différents intérêts parviennent toutefois à coexister au sein du CLS, qui se caractérise par sa flexibilité. Les acteurs sont dans une relation de négociation constante, en maîtrisant chacun des zones d'incertitudes vis-à-vis des autres. Ils sont donc interdépendants, et le CLS fonctionne à l'équilibre en se nourrissant des compétences de chacun. Ces caractéristiques (flexibilité, compromis et négociations, interdépendances et travail collaboratif) sont marquantes d'un phénomène de contractualisation déjà à l'œuvre et façonnant les relations et les démarches qu'il englobe comme l'évaluation. Cette dernière a été mise en œuvre en suivant les mêmes caractéristiques, avec succès, comme l'a été le premier CLS. Le contrat a donc permis un consensus et la mise en œuvre d'une politique de santé territorialisée.		
Mots clés : Contrat Local de Santé ; évaluation ; finalités ; organisation ; contractualisation		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		