

Congrès AFSP 2009

Section thématique 20

Transferts institutionnels et convergences étatiques : vers une sociologie comparative post-institutionnaliste de l'Etat?

Axe 3

Carole Clavier (Université de Montréal, CRAPE / IEP de Rennes et Centre Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé)

carole.clavier@umontreal.ca

La convergence par le bas. Une sociologie de la réception des transferts dans les politiques de santé publique en Europe

Le point de départ de cette communication est une interrogation sur la convergence de l'action publique locale : comment expliquer que des politiques publiques mises en œuvre par des autorités locales dans différents pays européens deviennent semblables? La littérature existante fournit peu d'explications sur ce point. En effet, les phénomènes de convergence des politiques publiques y sont étudiés surtout à l'échelle des Etats, ou entre les Etats et les institutions internationales. Ils sont alors expliqués comme étant le résultat de processus contraints ou volontaires de transferts de politiques publiques entre les institutions concernées. Dans le cas de politiques locales qui convergent au-delà des frontières nationales cependant, il n'y a pas nécessairement une volonté de la part des gouvernements locaux de s'inspirer l'un de l'autre. La convergence résulte plutôt de processus parallèles de transferts entre les politiques publiques locales de chacun des pays et une institution extérieure.

Dans notre étude de cas en France et au Danemark, les autorités politiques locales s'inspirent, chacune de leur côté, d'une même conception globale de la santé pour développer presque simultanément leurs politiques de santé publique. La santé globale est entendue comme un état de bien-être influencé par des facteurs sociaux, économiques et mentaux aussi bien que physiques tels que le revenu, la nutrition, le logement ou le réseau de sociabilité – ce que l'on appelle les déterminants de la santé. Ces politiques sont appuyées sur une même conception sociale de la santé selon laquelle cette dernière est influencée par. Cette définition, partagée dans les milieux académiques et de pratique en santé publique, est largement diffusée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) *via* des déclarations, des programmes et du matériel pédagogique en santé publique. Toutefois, pas plus l'OMS que les gouvernements nationaux n'imposent aux collectivités locales de développer de politiques de santé publique, encore moins de politiques appuyées sur ces principes. Ainsi, s'il y a bien une volonté à l'international de circuler un modèle de programmation et d'intervention en santé publique, l'influence de l'OMS ne s'exerce pas par un pouvoir d'intervention directe dans la sphère domestique mais par la reprise de ses concepts et programmes par les professionnels de santé publique et les décideurs politiques nationaux et locaux. Pour comprendre comment ces politiques ont émergé et se sont développées de façon similaire, il convient donc d'interroger les transferts indirects entre l'OMS et les autorités politiques et de santé publique responsables de ces politiques locales.

Pour cela, plutôt que de centrer l'analyse sur la manière dont l'OMS organise la circulation d'une pratique de santé publique appuyée sur les déterminants sociaux de la santé, nous proposons de questionner la réception du transfert, c'est-à-dire la manière dont des acteurs des politiques locales de santé dans chacun des deux pays se saisissent de ces théories et modèles d'intervention. Adopter un tel point de vue permet de se détacher des intentions et des discours de l'OMS pour envisager son influence effective et interroger ce qui

rend possible le passage de la circulation à l'appropriation d'un modèle d'action publique. La sociologie de la réception des transferts de politique publique offre une avenue stimulante pour cela en ce sens qu'elle porte l'attention sur les liens qui existent entre les politiques locales et les organisations internationales de santé publique qui diffusent la conception globale de la santé, sur la manière dont les idées transférées sont intégrées dans les politiques locales et sur le rôle de ces acteurs locaux pour rendre les transferts effectifs.

A partir d'une revue de la littérature sur les transferts de politiques publiques et leur réception, on présentera d'abord le cadre d'analyse retenu pour étudier la réception des transferts de politique publique et ses acteurs et, partant, la convergence des politiques locales. L'étude de cas et la méthode de recherche empirique seront présentées dans un second temps avant d'en venir aux éléments d'analyse dans les sections trois et quatre. On y présentera successivement le parcours des acteurs qui se trouvent à l'interface entre les politiques locales et les organisations internationales de santé publique, en particulier l'OMS, puis l'intégration des idées transférées dans les politiques locales. On reviendra en conclusion sur le rôle des acteurs locaux dans la réception des transferts de politiques publiques ainsi que sur l'explication des phénomènes de convergence entre des politiques locales.

La réception des transferts de politiques publiques

L'objectif de cette communication, rappelons-le, est d'analyser le processus de réception, par les acteurs des politiques locales de santé publique en France et au Danemark, du transfert d'une conception globale de la santé. L'hypothèse est celle selon laquelle ces acteurs se sont saisis, sans y avoir été contraints, de concepts diffusés notamment par l'OMS, ce qui a conduit au développement de politiques locales de santé publique très similaires. Dans cette section sont rappelés les principaux acquis de l'analyse des transferts de politique publique et de leur réception afin de poser le cadre théorique utilisé pour retracer ce transfert de référence et son intégration dans les politiques locales.

De façon générale, l'étude des transferts de politiques publiques vise à comprendre comment l'action publique s'inspire de sources étrangères ou passées. La caractérisation des types de transferts – sont-ils volontaires ou contraints ? – et des mécanismes dont ils résultent (apprentissage, mimétisme, diffusion, etc.) sont des axes majeurs dans les études des transferts de politiques publiques (Dolowitz et Marsh, 1996; Holzinger et Knill, 2005; Stone, 1999; Evans et Davies, 1999; Radaelli, 2000). Dans tous ces travaux, la réception des transferts de politiques publiques est rarement un objet d'analyse en soi mais plus souvent un élément sous-jacent (Hassenteufel, 2005) : la réception est analysée comme un aspect de la relation de transfert mais ne constitue pas le point d'entrée des travaux sur les transferts. Toutefois, on retient de ces recherches trois conclusions utiles pour analyser le rôle des acteurs de la réception des transferts de politiques publiques.

Tout d'abord, les parcours et les relations entre les acteurs des transferts, en particulier les élites gouvernementales et internationales, sont considérées comme un des facteurs explicatifs des transferts de politiques publiques et font l'objet d'un nombre croissant de travaux. Certains auteurs caractérisent le rôle des acteurs dans les transferts selon qu'ils en sont à l'origine, qu'ils les facilitent ou les reçoivent (Wolman et Page, 2002). D'autres étudient la circulation des acteurs des transferts en collectant des données biographiques afin de retracer leurs parcours et en identifiant les réseaux dans lesquels ils s'insèrent (Dezalay et Garth, 2002 - sur l'importation d'une norme de droit et ses implications par rapport aux réformes économiques et politiques des pays d'Amérique latine). L'étude des acteurs des transferts peut également être une porte d'entrée pour analyser le processus d'eupéanisation (Piana, 2007 - sur l'influence du modèle français de magistrature en Europe de l'Est). Toutefois, les acteurs des transferts les plus étudiés sont les élites politiques et administratives des gouvernements et organisations internationales qui initient les transferts, ainsi que les ressources matérielles et de légitimité dont ils disposent pour imposer leurs vues (Bomberg, 2007; Busch et Jörgens, 2005; Ogden *et al.*, 2003; Stone, 2004; True et Mintrom, 2001; Nakano,

2004; Greener, 2002; Delpuech, 2008). Par contraste, l'attention accordée aux transferts entre acteurs locaux ou au rôle des acteurs locaux dans la réception de transferts effectués par des gouvernements nationaux est plus limitée (Evans et Davies, 1999; Wolman et Page, 2002).

Il ressort des études sur les transferts, ensuite, que ces derniers sont facilités par la proximité entre les idées et pratiques échangées et les enjeux politiques domestiques. L'importance de la proximité a été démontrée à la fois au niveau macro, c'est-à-dire à l'échelle des préférences institutionnelles, culturelles ou économiques des pays (Lenschow *et al.*, 2005) et au niveau micro, par la mise en relation entre les préférences d'acteurs et les caractéristiques des institutions dans lesquelles ils évoluent. Ainsi, l'adoption d'un même modèle de médecine scientifique (basé sur la preuve) et bureaucratique (obéissant à des règles fixées par des autorités extérieures) au Royaume-Uni et aux États-Unis s'explique par la proximité entre les principes de ce modèle, le mode de financement du système de santé et les préférences des acteurs en position d'influencer la politique de santé dans chacun des pays (Harrison *et al.*, 2002). La similarité des institutions et de la culture (facteurs de type macro) permet surtout d'expliquer le transfert d'un modèle de politiques entre deux pays qui partagent ces caractéristiques. Elle peine donc à expliquer le transfert des mêmes concepts dans les politiques de santé de pays comme la France et le Danemark qui se distinguent par leur culture et leurs institutions. Au contraire, la seconde explication, par la proximité au niveau micro entre les transferts, leurs acteurs et les caractéristiques institutionnelles domestiques, permet de penser le transfert entre des politiques locales distinctes et une même organisation internationale. Du point de vue de la réception des transferts, cela indique que les acteurs locaux sont plus susceptibles de s'appropriier (i.e. de transférer) une idée qui correspond à leurs préférences et peut s'insérer dans les enjeux politiques locaux.

Enfin, les idées et pratiques échangées sont sélectionnées et adaptées lors du processus de transfert dans un contexte particulier (Pedersen, 2007). Qu'un pays soit contraint d'importer des normes européennes ou s'inspire volontairement d'un modèle de politique publique étranger, les éléments transférés s'insèrent dans un nouveau contexte institutionnel, de nouveaux rapports entre les acteurs et se greffent à des politiques existantes ce qui conduit à leur transformation – parfois désignée sous le terme d'hybridation (Hassenteufel, 2005). Ainsi, le contexte de réception est envisagé principalement comme un terrain particulier dans lequel les transferts sont transformés. Du point de vue de l'étude de la convergence des politiques publiques, ces transformations sont interprétées comme une limite à la convergence puisqu'elles renforcent les spécificités de chaque contexte dans lequel l'idée est transférée (Radaelli, 2005).

La démarche proposée ici s'inscrit donc dans la continuité de nombre de ces recherches sur les transferts de politiques publiques en ce qu'elle propose d'élucider les parcours et préférences des acteurs des transferts pour retracer la circulation des idées et des politiques publiques. Elle s'en démarque cependant par le choix de prendre pour point de départ de l'analyse non les acteurs à l'origine de la diffusion des transferts mais les acteurs locaux qui les reçoivent. La littérature suggère que la proximité entre les idées transférées, les acteurs qui les reçoivent et le contexte dans lequel elles s'insèrent facilite le transfert. Cela conduit à s'interroger sur la contribution du contexte de réception des transferts (qu'il soit national ou local) à l'effectivité des transferts et, partant, à la convergence des politiques publiques : dans quelle mesure les caractéristiques des politiques locales facilitent-elles le transfert d'une idée ou d'un modèle de politique publique? Le contexte est souvent considéré comme un facteur de transformation des transferts et donc de limitation de la convergence des politiques publiques. On soutient ici qu'il peut également être un facteur qui permet le transfert, ou qui facilite l'appropriation, d'idées qui font écho à des enjeux politiques domestiques. Tout au long de la démonstration et dans la conclusion, on s'attachera donc à caractériser le rôle du contexte local par rapport à la réception des transferts. Les questions auxquelles cette communication cherche à répondre sont donc : qui sont les acteurs qui reçoivent les transferts? Quels sont leurs parcours professionnels? Comment se sont-ils appropriés la conception sociale de la santé? Quelles stratégies adoptent-ils pour la diffuser aux décideurs politiques locaux? Quels liens établissent-ils entre cette conception de la santé et les enjeux de

santé publique dans leur territoire? On attend de l'étude empirique qu'elle éclaire le rôle des acteurs et du contexte local dans la réception de ces transferts.

Etude de cas et méthode

Tel que mentionné dans l'introduction, cette recherche porte sur les politiques locales de santé publique en France et au Danemark en particulier dans deux régions de chaque pays – les régions Nord-Pas-de-Calais et Alsace en France, les comtés du Jutland du Nord et de Ringkjøbing au Danemark. Le choix des pays répond à un souci d'étudier le transfert d'une idée dans des contextes différents. En effet, la convergence des politiques locales de santé publique des deux pays est surtout cognitive en ce qu'elle procède bien plus de leur contenu que de leur forme ou du contexte dans lequel elles sont déployées (Bennett, 1991; Hassenteufel, 2005) – on peut même dire que les politiques convergent en dépit de ces éléments contextuels.

Les différences entre les deux pays sont indéniables, que ce soit du point de vue de la structure politique et administrative en général ou de la politique de santé en particulier. De fait, la responsabilité de la politique de santé danoise, y compris l'offre de soins, est décentralisée aux Comtés – devenus des Régions de plus grande taille en 2007 – alors que l'Etat central français conserve la maîtrise de la politique d'offre de soins et, au moins formellement, de la politique de santé publique (Fassin, 1996; Vallgård, 2003; Murard et Zylberman, 1996)¹. Au Danemark, les Comtés et les villes bénéficient d'une importante marge de manœuvre pour élaborer leurs propres politiques de santé s'ils le souhaitent. La décentralisation contraint seulement les Comtés, éventuellement en coopération avec les villes, à élaborer une programmation à 4 ans de leur politique de santé dans laquelle ils peuvent inscrire des mesures de prévention et de promotion de la santé. En France, les collectivités locales (Régions, Départements, villes) développent parfois leurs propres politiques de santé et contribuent à la politique de l'Etat dans les régions, c'est-à-dire les programmes régionaux de santé (PRS). A partir d'un cadre national commun, les priorités de ces programmes sont décidées en partenariat entre l'Etat, l'Assurance maladie, les collectivités locales et les intervenants locaux de santé publique, puis les actions à mettre en œuvre sont sélectionnées suite à un appel à projet auprès des professionnels et associations présents dans le territoire. L'existence effective de ces PRS dépend donc des circonstances locales, c'est-à-dire de l'implication des administrations de l'Etat (les Directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales – DRASS et DDASS), de l'Assurance maladie et des collectivités locales; de la mobilisation des professionnels de santé et d'associations potentiellement concernés par les programmes thématiques décidés dans chaque région, etc.

Malgré l'absence ou la faiblesse des obligations de la part des gouvernements nationaux ou de l'Union Européenne, les politiques locales de santé émergent de façon concomitante au cours des années 1990 et se donnent des champs d'intervention similaires en France et au Danemark. Tout d'abord, la santé publique est entendue comme un ensemble de stratégies et d'interventions qui visent à améliorer l'état de santé de la population par des actions de prévention des maladies et de promotion de conditions de vie favorables à la santé. Dans les programmes de santé des quatre territoires étudiés, il est ainsi fait référence, explicitement ou non, à la définition de l'OMS selon laquelle 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 » (OMS, 1948). En outre, les raisonnements présentés dans les programmes de santé ou dans les documents préparatoires à leur

¹ Le travail empirique au Danemark a été effectué avant la mise en œuvre, le 1^{er} janvier 2007, de la réforme de l'organisation territoriale. Cette réforme a remplacé les 14 Comtés et 275 municipalités par 5 régions et 98 municipalités. La réforme a introduit des changements dans la répartition des compétences et des incitatifs financiers ont été mis en place pour assurer la continuité entre la politique de santé publique qui devient compétence des villes et la politique hospitalière qui relève des Régions. De même en France, l'enquête de terrain a eu lieu avant que les effets de la loi de santé publique ne se fassent sentir sur la politique régionale de santé de l'Etat. Pour une analyse de ses implications pour les politiques territoriales de santé, nous renvoyons à Loncle, P. (2009) 'La mise en œuvre des politiques de santé publique au niveau local: "l'animation territoriale en santé en Bretagne"', *Sciences sociales et santé* 27(1): 5-31.

élaboration sont appuyés sur la conclusion – largement démontrée dans la littérature de santé publique – selon laquelle l'état de santé d'une population est tout autant, sinon plus, influencé par des facteurs sociaux, environnementaux et économiques que par l'offre de soins (Druhle, 1996; Illich, 2003; Wilkinson, 2004; Goldberg *et al.*, 2002). Les programmes s'inscrivent donc dans le courant de la « nouvelle santé publique » en ce qu'ils soulignent les liens entre modes de vie et conditions de vie, la façon dont ceux-ci affectent l'état de santé de la population et attribuent à l'action publique un rôle de soutien au choix de modes de vie jugés sains et à la création de conditions favorables à la santé (Pour une analyse critique de la nouvelle santé publique : Petersen et Lupton, 1996). Loin de se cantonner à la prévention de pathologies telles que les maladies cardiovasculaires ou à la prévention des comportements dits à risque, ces politiques se donnent aussi pour objectif de favoriser l'accès à des aliments sains ou la pratique d'une activité sportive, de réduire les inégalités sociales de santé en favorisant l'accès aux soins et aux services des personnes en situations de vulnérabilité ou en favorisant le maintien en bonne santé des enfants. Ainsi, un des programmes régionaux de santé en région Nord-Pas-de-Calais concerne la santé et l'environnement, le Comté du Jutland du Nord propose des interventions dans les hôpitaux ou les écoles et, autre exemple, les programmes de lutte contre les exclusions tels que la politique de la ville en France intègrent un objectif d'amélioration de la santé des populations.

L'émergence de politiques locales de santé publique étant largement laissée à la discrétion des acteurs locaux, il existe de grandes variations entre les territoires dans un même pays. Le Nord-Pas-de-Calais et l'Alsace en France, le Jutland du Nord et Ringkjøbing au Danemark ont été choisis parce que la politique de santé publique y est particulièrement bien implantée, c'est-à-dire que les collectivités locales, leurs élus et les autres intervenants et institutions concernés (professionnels de santé, associations ou encore Assurance maladie) sont investis dans la politique de santé. Ce choix répond à l'objectif d'étudier les acteurs de la réception des transferts pour en tirer des conclusions quant à la convergence des politiques publiques.

Pour cette recherche, une enquête de terrain qualitative a été privilégiée dans chacune des quatre régions étudiées, y compris des séjours prolongés au Danemark. L'étude de la littérature grise (programmes de santé) visait à caractériser les politiques de santé, identifier les transferts de politiques publiques et les acteurs des politiques de santé. La collecte de données sur les transferts et leur réception a été complétée par 49 entretiens semi-directifs avec des responsables régionaux et municipaux des politiques de santé, des coordinateurs impliqués dans leur mise en œuvre locale et des responsables d'associations nationales de santé publique. Une autre série d'entretiens avec des représentants d'institutions partenaires et d'organisations non gouvernementales aux paliers local, régional et national ainsi qu'avec des élus locaux ont permis de poser le contexte local et de recueillir des données sur l'intégration des transferts dans les politiques locales.

Des références marquées par les parcours des acteurs qui reçoivent les transferts

Retracer les profils et les parcours des acteurs qui reçoivent les transferts de politique publique est un des moyens utilisés dans la littérature pour expliquer la circulation des idées entre différentes sphères sociales. C'est ce que nous faisons ici afin de comprendre comment la conception globale de la santé diffusée par plusieurs vecteurs depuis les années 1970, en particulier l'OMS², se trouve être au fondement des politiques

² Parmi ces vecteurs, notons: au Canada, le rapport Lalonde qui est le premier document de politique de santé publique à s'inspirer de tels travaux et à s'émanciper de l'approche biomédicale traditionnelle et a connu un retentissement considérable dans le monde (y compris francophone) de la santé publique -Lalonde, M. (1974) *Nouvelle perspective sur la santé des Canadiens / A new perspective on the health of Canadians*, Ottawa: Gouvernement du Canada.; les déclarations adoptées lors de rassemblements de chercheurs, de praticiens de santé publique et de décideurs organisés sous l'égide de l'OMS, en particulier les chartes d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires et d'Ottawa sur la promotion de la santé; la publication de la stratégie de l'OMS *La Santé pour tous en l'an 2000*; le regroupement de tenants (académiques et intervenants) de la « nouvelle santé publique » dans des organisations transnationales de promotion de la santé. Parmi ces documents, la charte d'Ottawa connaît une postérité particulière, qui préconise cinq stratégies d'intervention dont l'ampleur va bien au-delà du seul système de santé : élaborer une politique publique saine, créer des milieux favorables, renforcer l'action communautaire, acquérir des aptitudes individuelles, réorienter les services de santé -

locales de santé publique en France et au Danemark. La comparaison, et les différences qu'elle fait apparaître entre les deux pays, montre que le choix des références mobilisées pour s'approprier cette conception de la santé dépend à la fois des préférences des acteurs qui reçoivent ces transferts et des contraintes du contexte dans lequel ils évoluent.

Les acteurs qui reçoivent les transferts sont les responsables et coordinateurs de programmes de santé à l'échelle des régions, des comtés, des villes ou des départements (cf. tableau 1). Du fait de leurs responsabilités, ils sont en effet en position de donner une orientation théorique au programme³ à partir des connaissances qu'ils ont acquises eux-mêmes au cours de leur expérience professionnelle ou de connaissances apportées par certains membres du collectif responsable du programme. En outre, leur position d'intermédiaire entre les intervenants de santé publique et les responsables politiques et administratifs permet au coordonnateurs de programmes de contribuer à la diffusion de ces idées auprès des autres acteurs des politiques de santé⁴.

Tableau 1. Les acteurs qui reçoivent les transferts dans les politiques locales de santé publique en France et au Danemark

| | France | Danemark |
|--|---|--|
| Position institutionnelle | Responsables et coordonnateurs de programmes de santé à l'échelle des régions, comtés, départements et villes Fonctionnaires de l'Etat (DRASS, DDASS); Contractuels dans les collectivités locales (Conseils régionaux et généraux, villes) | Employés des services de santé des Comtés et des villes |
| Profession / profil | Médecins Autres formations administratives | Infirmières Autres formations |
| Parcours | Carrières internationales et nationales (coopération dans les pays en développement) Formations à la santé communautaire (Québec) | Carrières nationales Formation continue en santé publique |
| Sources auxquelles ces acteurs font référence | Documents nationaux reprenant les travaux sur les déterminants sociaux de la santé (HCSP, 1992) Santé communautaire | Textes de l'OMS : Charte d'Ottawa, <i>La Santé pour tous en l'an 2000</i> , mouvement des Villes-Santé |

Il ressort des entretiens et de l'analyse des programmes que, s'ils se réclament tous d'une conception globale de la santé, les responsables locaux de programmes de santé publique français et danois ne mobilisent pas les mêmes références en appui des stratégies d'intervention qu'ils élaborent – ce que l'on retrouve dans le tableau 1. Les seconds s'inspirent principalement de textes promulgués par l'OMS, qu'il s'agisse de déclarations politiques ou de stratégies d'intervention, tandis que les premiers réfèrent à des travaux scientifiques ou à des rapports nationaux. Les responsables de programmes de santé n'ont pas non plus le

Organisation mondiale de la santé - OMS (1986) *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Ottawa: Organisation mondiale de la santé, Santé et Bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique.

³ Bien que les programmes sont généralement élaborés collectivement, voire influencés par un cadre national comme c'est le cas des programmes régionaux de santé en France, les coordonnateurs sont en position d'influencer leur contenu en introduisant des connaissances théoriques ou empiriques de santé publique.

⁴ Ces derniers sont des représentants des autorités de santé publique (directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales en France, services de santé des Comtés au Danemark), des décideurs politiques, des représentants d'autres secteurs d'action publique (Assurance maladie en France, éducation, institutions et associations de travail social, de justice ou de santé, professionnels des soins, voire représentants des secteurs des transports ou de l'urbanisme dans les deux pays) ainsi que des intervenants (souvent associatifs) de santé publique.

même parcours professionnels : alors qu'en France ce sont souvent des médecins ou des infirmières formés à la santé communautaire suite à des séjours de coopération en Afrique ou de recherche au Québec, la majorité des infirmières qui ont acquis une formation universitaire en santé publique au Danemark. Leurs statuts sont également différents d'un pays à l'autre : employés ou chefs de service de santé des Comtés ou des villes au Danemark, fonctionnaires ou contractuels des collectivités locales (Région, Département, ville) ou des administrations de l'Etat en France. Ce constat est central pour l'analyse de la réception des transferts de politiques publiques : il souligne en effet que l'appropriation des transferts de politique publique est dépendante des acteurs qui sont en position de les recevoir et des références qui leur sont accessibles selon le pays où ils se trouvent. Retracer leurs parcours est un indicateur pour comprendre comment ils ont découvert ces idées et pratiques de santé publique et dans quelles circonstances ils se les sont appropriées.

Au Danemark, pour commencer, les références à l'OMS sont légion dans les programmes de santé publique locaux. Ainsi, les programmes de santé du Jutland du Nord de 1992 et de 2000 font tous deux explicitement référence au rapport de l'OMS *La Santé pour tous en l'an 2000* (Nordjyllands Amt, 2000, 1992). De plus, pour justifier une action sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé, les programmes des Comtés du Jutland du Nord et de Ringkjøbing s'appuient sur une distinction conceptuelle élaborée entre la prévention des maladies et la promotion de la santé et sur une conception de la santé comme « ressource de la vie quotidienne ». Ce dernier point fait référence aux travaux d'un professeur de santé publique (Aaron Antonovsky) sur les facteurs qui font que les gens sont en bonne santé plutôt que sur les facteurs de risque et les facteurs de maladies (Antonovsky, 1996; Kickbusch, 2003). Enfin, les Villes-Santé, un programme initié par l'OMS pour favoriser l'intégration transversale de préoccupations liées à la santé dans tous les secteurs de l'activité municipale sert de cadre aux interventions d'une ville du Comté de Ringkjøbing ainsi qu'au partenariat entre les villes et le Comté du Jutland du Nord sont adossés au réseau danois des Villes-Santé de l'OMS.

Bien qu'inspirés des travaux de l'OMS, les parcours des responsables de programmes de santé danois ne sont pourtant marqués ni par une forte spécialisation médicale, ni par une forte internationalisation. Comme on peut le voir dans le tableau 2 ci-dessous, 10 des 21 consultants en promotion de la santé (c'est l'appellation qu'ils se donnent) des Comtés, villes et associations nationales de santé publique⁵ n'ont pas de formation médicale : parmi eux, on compte des diplômés en anthropologie, travail social, administration, pédagogie / enseignement et journalisme notamment. La majorité (7 sur 8) des consultants en promotion de la santé rencontrés qui sont de profession médicale sont des infirmières – le dernier étant un dentiste. La plupart de ces infirmières ont ensuite acquis une formation complémentaire lui facilitant l'accès à des postes de santé publique, que ce soit en santé publique (infirmière de santé publique, master de santé publique) ou dans une discipline utile à la coordination de programmes et de partenariat (pédagogie). Plus généralement, un tiers des 18 consultants en promotion de la santé dont nous avons pu reconstituer le parcours a complété sa formation initiale par des formations de ce type. C'est au cours de leurs formations en santé publique que les consultants en promotion de la santé ont découvert l'approche par les déterminants sociaux de la santé et la promotion de la santé. Ces formations sont offertes au Danemark dans les écoles d'infirmières de santé publique et les universités ou bien en Suède à l'Ecole nordique de santé publique (une université créée sous l'égide de la coopération nordique). Ce sont d'ailleurs les cours offerts dans cette école qui ont beaucoup contribué à la diffusion des travaux de Antonovsky sur les facteurs favorables à la santé dont nous avons parlé plus haut. Au Danemark, la formation en santé publique s'adresse tout d'abord aux infirmières qui peuvent suivre une formation d'infirmière de santé publique. Cette institution, créée dans l'entre-deux guerres pour contribuer à réduire la mortalité infantile en apportant un soutien aux jeunes mères, a été le

⁵ Parmi ces associations : le réseau danois des Villes-Santé de l'OMS et le réseau des consultants en promotion de la santé des Comtés.

creuset de la promotion de la santé au Danemark⁶. Cela dit, la formation initiale et continue en santé publique s'adresse aussi de façon croissante à des acteurs qui n'ont pas de formation médicale. Notons, en outre, que la formation continue produit un effet boule de neige puisque les professionnels qui en bénéficient s'en font généralement le relais auprès de leurs collègues.

Ainsi la majorité de ces 18 consultants ont découvert la promotion de la santé au cours de leur carrière au Danemark ou dans l'espace nordique. Malgré la proximité géographique avec l'OMS-Europe (ses bureaux sont installés à Copenhague), seule une coordinatrice d'association nationale de santé y a effectivement été employée au cours de sa carrière. Pour les autres, la découverte de la conception globale de la santé procède d'un apprentissage auprès de collègues ayant suivi des formations et par la participation à des programmes déjà en place. Depuis le début des années 1990 en effet, des programmes inspirés par l'OMS tels que les Villes-Santé ou les Hôpitaux promoteurs de santé sont devenus des programmes structurants de la politique de santé publique au Danemark. La proximité cognitive entre la santé publique danoise et l'OMS se double ainsi d'une proximité institutionnelle.

Tableau 2. Formation initiale des coordinateurs de programmes ou d'associations de santé publique rencontrés dans les comtés du Jutland du Nord et de Ringkjøbing en fonction du niveau territorial*

| | Professionnels des soins | Autres formations initiales | Formation initiale inconnue | Total |
|---|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------|
| Coordinateurs des programmes de Comté | 1 | 4 | 2 | 7 |
| Coordinateurs de programmes locaux (villes) | 4 | 4 | | 8 |
| Coordinateurs d'associations nationales | 3 | 2 | 1 | 6 |
| Total | 8 | 10 | 3 | 21 |

Tableau 3. Formation initiale des coordinateurs de programmes ou d'associations de santé publique rencontrés en Nord Pas-de-Calais et en Alsace en fonction du niveau territorial*

| | Professionnels des soins | Autres formations initiales | Formation initiale inconnue | Total |
|--|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------|
| Coordinateurs de programmes régionaux | 5 | 2 | | 7 |
| Coordinateurs de programmes locaux (villes, arrondissements, pays) | 4 | 11 | 3 | 18 |
| Coordinateurs d'associations nationales | 2 | 1 | | 3 |
| Total | 11 | 14 | 3 | 28 |

* Ces données ne portent que sur les acteurs que nous avons rencontrés pour des entretiens dans les quatre territoires étudiés ainsi qu'au niveau national ; il ne s'agit pas de données exhaustives au sens où ne sont pas inclus les responsables de programmes que nous n'avons pas rencontrés.

Par contraste, la santé publique en France s'inscrit dans la mouvance intellectuelle de l'OMS sans se positionner dans son sillage institutionnel. Si la définition de la santé et la Charte d'Ottawa sont parfois mentionnées, les éléments repris du corpus de référence de l'OMS se situent le plus souvent à un niveau de conceptualisation général et ne sont pas toujours affichés en tant que références « OMS ». Les responsables

⁶ Ces infirmières « devaient être formées de nouveau pour les amener à abandonner des pratiques orientées vers la prévention des risques et l'administration contrainte de soins [idée de paternalisme (*coercive need-for-care attitude*)] et à adopter le principe de la santé pour tous et du respect mutuel favorisant la participation volontaire » Buus, H. (2001) *Sundhedsplejerskeinstitutionens dannelse: en kulturteorisk og kulturhistorisk analyse af velfærdsstatens embedsværk [The institutionalization of public health nursing]*, København: Museum Tusulanum.. S'il faut voir dans cette citation la critique d'un projet homogénéisant de l'Etat, cela peut aussi expliquer en quoi les principes et stratégies de promotion de la santé diffusées par l'OMS ont une telle audience auprès des infirmières de santé publique danoises.

de programmes régionaux de santé rencontrés renvoient à des travaux académiques ou à des rapports du Haut comité de santé publique (HCSP) qui ont introduit les déterminants sociaux de la santé dans un contexte français au début des années 1990 (en particulier le rapport suivant : HCSP, 1992). De façon générale, les responsables de programmes de santé publique en France mobilisent des références différentes de celles de leurs homologues danois en appui des programmes de santé : la santé communautaire⁷ d'une part, et les principes de programmation inspirés de la rationalisation des choix budgétaires d'autre part (Benamouzig, 2005).

Ces références prennent au sens au regard des parcours des responsables de programmes de santé en France, plus « médicaux » et internationaux que ceux de leurs homologues danois. De fait, 11 des 28 responsables d'associations nationales de santé publique⁸ et de programmes régionaux et locaux sont médecins ou infirmières – cf. tableau 3 ci-dessus. Plus précisément, parmi les 7 coordinateurs de PRS rencontrés en Nord Pas-de-Calais et en Alsace, 5 sont des médecins (devenus médecins inspecteurs de santé publique), tandis que les deux autres ont une formation administrative et sont inspecteurs des affaires sanitaires et sociales – pour rappel, les PRS étant sous la responsabilité de l'Etat, les responsables de programmes sont des fonctionnaires des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales. Ces médecins ou infirmières ont découvert la santé communautaire lors d'expériences de coopération ou de volontariat international en Afrique ou d'autres pays en développement. La politique québécoise de santé communautaire a également été influente auprès des médecins français – certains ayant effectué une partie de leur formation ou des séjours de recherche au Québec. Cela dit, si les influences des coordonnateurs de programmes de santé publique sont internationales, seul un petit nombre d'entre eux a effectivement bénéficié de ces expériences à l'étranger (9 sur la totalité des 64 personnes rencontrées en France, y compris les intervenants locaux et les élus locaux). Parmi eux, on compte un des principaux initiateurs des programmes régionaux de santé, dont le parcours est emblématique de la dimension transnationale des échanges. Familiarisé aux pratiques de santé communautaire en Afrique et de programmation dans l'administration française⁹, il s'est initié à la programmation en santé par le biais de rencontres avec des professeurs de santé publique français qui eux s'étaient formés au Québec¹⁰. Cependant, comme au Danemark, la plupart des responsables de programmes de santé rencontrés ont découvert la santé communautaire et les théories des déterminants de la santé dans le cadre de leur carrière en France. Les vecteurs de cette familiarisation aux pratiques ont pu être la rencontre d'autres acteurs de santé publique ou bien les formations organisées dans le cadre de la mise en œuvre des programmes régionaux de santé notamment. L'expérience de certains médecins ou infirmières dans des associations de lutte contre les exclusions en France, telles celle de l'Abbé Pierre ou le mouvement ATD-Quart Monde, ont aussi contribué à diffuser des modèles d'intervention participatifs et qui visent les déterminants sociaux de la santé, au-delà de la seule prévention des pathologies.

La proportion relativement forte de médecins parmi les responsables de programmes de santé vient de ce qu'en France la santé publique est avant tout une spécialité médicale enseignée dans les facultés de médecine (Bérard, 2007) ou bien accessible aux médecins par l'entrée dans la fonction publique de l'Etat avec le concours de médecin inspecteur de santé publique. Ces derniers ont souvent fait le choix de la fonction publique suite à une rencontre ou un événement fondateur qui a modifié leurs représentations de la pratique médicale (Vandenbergh, 2002), ou bien suite à une politique d'incitation du ministère de la Coopération qui,

⁷ Il s'agit d'une pratique de proximité à laquelle les populations locales sont associées dans une perspective de prise en main de leur santé et de développement social local.

⁸ Il s'agit d'une association de conseil en santé publique et de réseaux nationaux (Villes-Santé, Hôpitaux promoteurs de santé).

⁹ Les méthodes de rationalisation des choix budgétaires y ont été utilisées notamment pour l'élaboration d'un programme national en périnatalité - Benamouzig, D. (2005) *La santé au miroir de l'économie, une histoire de l'économie de la santé en France*, Paris: PUF.

¹⁰ Entretien, médecin inspecteur de santé publique, Paris, 24-06-2003.

au cours des années 1980 et 1990, favorisait l'envoi de fonctionnaires ou l'entrée des anciens coopérants dans la fonction publique (Schweyer, 2007 : 40). Tout ceci contribue à éclairer l'influence de la santé communautaire (coopération dans les pays en développement) en France.

Les coordonnateurs locaux de programmes de santé représentent, quant à eux, une autre génération d'intervenants en santé publique – 11 sur 18 que nous avons rencontrés n'ont pas de formation médicale. Certains parmi eux ont une formation en santé publique ou en gestion de projets appliqués à la santé publique mais la plupart sont formés à la gestion de projets intersectoriels et à la coordination de partenariats qui se déploient entre plusieurs niveaux d'action publique. Ils sont moins des spécialistes du domaine que des spécialistes de la méthode de travail retenue en santé publique (élaboration partenariale d'un programme, diagnostic des caractéristiques et besoins dans un territoire donné, appel à projets, etc.). Il en va ainsi des coordinateurs d'ateliers santé-ville dans le cadre de la politique de la ville ou de chargés de mission en développement local qui se trouvent impliqués dans la politique de santé du fait de l'adjonction d'un volet santé dans les projets de développement local des « pays » ou des intercommunalités.

En résumé à cette section, le transfert d'une conception globale de la santé prend des formes différentes en France et au Danemark puisque les références conceptuelles mobilisées dans les programmes diffèrent. L'analyse détaillée des parcours des responsables de ces programmes – qui sont en position d'y introduire de nouvelles références conceptuelles – souligne que ces transferts différenciés sont l'expression de profils distincts. La santé publique est, d'un côté, l'affaire de médecins formés à l'étranger et devenus fonctionnaires de l'Etat et, de l'autre, des infirmières formées à la promotion de la santé. A un autre niveau d'explication, il apparaît que des contraintes domestiques influencent les parcours et les profils des responsables de programmes locaux de santé publique, donc la réception des transferts de politiques publiques. Les modalités de la formation en santé publique dans chacun des pays façonnent les profils de ces acteurs : plutôt médecins en France et infirmières au Danemark, l'ouverture croissante – surtout au Danemark – à des professionnels d'autres domaines. De plus, le transfert de références spécifiques à la conception sociale de la santé est aussi fonction de contraintes géographiques et linguistiques : alors que les Français privilégient des échanges francophones en Afrique, avec le Québec et y compris dans les sections francophones des grandes associations internationales de santé publique, les Danois échangent principalement dans l'espace nordique. La réception des transferts (c'est-à-dire ici l'appropriation d'une conception sociale de la santé) a donc été influencée par les acteurs en position de les recevoir (c'est-à-dire par la formation qu'ils ont reçue et par leurs expériences professionnelles) et le contexte dans lequel ces derniers évoluent. La réception du transfert d'une conception sociale de la santé est donc une phase active, un moment de passage de la circulation des idées dans les sphères internationales et académiques de santé publique à leur intégration dans les programmes locaux de santé, et influencée par le contexte de réception des transferts. Dans la section suivante, on poursuit l'exploration de l'influence du contexte sur l'intégration des transferts reçus dans les politiques locales.

L'intégration des transferts dans les politiques locales : sélection et transformation

La réception des transferts de politiques publiques ne s'arrête pas à l'appropriation par certains acteurs d'une idée ou d'un modèle de politique publique. Il faut encore que ces idées soient intégrées dans les politiques publiques existantes. La littérature suggère que ce processus est facilité par la proximité entre les idées transférées, les préférences des acteurs (ce que nous avons vu dans la section précédente) et les enjeux politiques locaux et qu'il conduit à la transformation de ces transferts en fonction des enjeux locaux. Comment observer cette intégration des transferts dans les politiques locales? On a vu dans la section précédente que certains acteurs de santé publique sont dans une posture cruciale pour contribuer à la diffusion de ces transferts et y intéresser leurs partenaires puisqu'ils occupent une position d'intermédiaire (Nay et Smith, 2002) entre la santé publique et les décideurs politiques et administratifs locaux. C'est, en particulier, à eux qu'il revient de parvenir à une problématisation des enjeux de santé et d'intéresser les

différents partenaires à ces politiques locales et régionales¹¹. Ces responsables de programmes ont développé un ensemble de compétences relationnelles et de méthodes de travail en partenariat qui leur permet de diffuser ces idées à leurs partenaires (cf. partie 2 de Clavier, 2007). Plutôt que de s'attarder sur leurs pratiques, il convient ici d'identifier des signes de la diffusion et de l'intégration des transferts dans les entretiens et les textes des programmes de santé. On en a un premier indice à travers les argumentaires de légitimation des politiques locales de santé produits par les responsables administratifs et politiques et / ou présents dans les textes des programmes de santé. Un second indice réside dans les modalités privilégiées pour l'organisation de l'intervention en santé publique au palier local : priorités des politiques de santé, lieux d'intervention (territoire vs. milieux tels que écoles, hôpitaux etc.). Ces données sont significatives de la façon dont les responsables politiques et administratifs des politiques de santé se sont appropriés la conception globale de la santé en fonction des caractéristiques institutionnelles et politiques de leur territoire ou, pour le dire autrement, de la façon dont ils ont traduit (au sens de Callon, 1986) la conception globale de la santé dans le langage de l'action publique locale.

Les argumentaires de légitimation des politiques locales de santé constituent un premier indice de l'intégration des transferts en ce qu'ils donnent à voir les liens établis entre la politique de santé et d'autres enjeux de l'action publique. Au Danemark, le principal argument de légitimation des politiques de santé publique est économique et procède de la complémentarité entre les politiques d'offre de soins et de santé publique. Cette dernière est en effet présentée comme un moyen de contribuer à la maîtrise des dépenses de santé. L'argument a été avancé dans le débat national (Vallgård *et al.*, 2001: 16) mais aussi local. Une consultante en promotion de la santé qui a participé à l'élaboration du premier programme de santé du Comté du Jutland du Nord considère à ce propos que le souci des responsables politiques de l'institution de maîtriser leurs dépenses de santé en « évitant que tant de gens aient besoin de soins hospitaliers »¹² a largement suscité leur intérêt pour une politique de santé publique. De même, il est écrit dans le dernier programme de santé publique du Comté que cette politique devrait contribuer à limiter les congés maladies, les admissions à l'hôpital ou la consommation de médicaments (Nordjyllands Amt, 2000: 17-18). Ce choix d'argumentation prend sens au regard du contexte institutionnel puisque jusqu'en 2007 les Comtés étaient responsables de l'offre de soins et de son financement, ce qui représentait 70% de leur budget. Les stratégies de légitimation des politiques de santé en France n'ont pas recours à l'argument économique dans la mesure où seuls l'Etat et l'Assurance maladie interviennent en matière d'offre de soins et de son financement. Par contraste, le discours est centré sur la responsabilité des collectivités locales à l'égard de leurs administrés et sur la complémentarité avec les autres compétences dont disposent les collectivités locales. La possibilité d'agir sur les déterminants sociaux de la santé – qui découle de l'adoption d'une conception sociale de la santé – permet aux collectivités locales d'afficher une politique en faveur de la santé de la population appuyée sur leurs compétences en matière de politiques sociales, d'urbanisme, d'hygiène publique ou de transports par exemple. De plus, dans un contexte où l'intervention des collectivités locales en matière de santé est « concurrente » de celle de l'Etat, les argumentaires insistent sur la légitimité des autorités élues à répondre aux préoccupations de leur population. Ainsi, les revendications d'un collectif d'élus municipaux appuyées sur la complémentarité entre l'objectif de lutte contre les exclusions de la politique de la ville et la politique de santé et sur la responsabilité des élus locaux envers leur population, ont conduit l'Etat à intégrer officiellement la santé parmi les thèmes prioritaires de la politique de la ville (Clavier, 2009). La comparaison souligne donc l'importance des enjeux politiques et institutionnels découlant du partage des compétences en matière de santé pour la réception des transferts de politique publique. Que la conception

¹¹ Il ne s'agit pas d'affirmer que la traduction de ces concepts de santé publique se traduit par l'adhésion de l'ensemble des acteurs potentiellement concernés par de telles politiques de santé publique. Des difficultés à surmonter les clivages sectoriels et institutionnels sont manifestes notamment à travers la faible participation des médecins généralistes aux politiques de santé publique dans les deux pays et à travers les conditions de la participation de certains acteurs aux partenariats des politiques de santé. Celle-ci n'est, par exemple, pas toujours intégrée dans la charge de travail de certains acteurs, ce qui est un indice de la faible légitimité que leur institution d'appartenance accorde aux politiques de santé publique.

¹² Entretien, consultante en promotion de la santé, Aalborg, le 12-05-2004

sociale de la santé présente un intérêt stratégiques pour les collectivités locales en France comme au Danemark a certainement agit comme une incitation à recevoir le transfert, c'est-à-dire à intégrer cette conception de la santé à leurs politiques publiques.

Les modalités d'intervention prévues dans les programmes de santé offrent un second indice de la transformation que subissent les idées (en l'occurrence la conception globale de la santé) lors de leur transfert dans un contexte particulier. Ainsi, les priorités de santé sont sélectionnées en fonction des problèmes identifiés dans chaque territoire et des ressources qui y sont disponibles. Les procédures de sélection des priorités, les modes de coordination entre les acteurs impliqués ou les modes d'intervention sont également fonction du contexte local, notamment de la culture politique et sociale, de l'histoire de la politique de santé ou des politiques existantes dans chaque pays ou collectivité. La stratégie d'action sur les déterminants sociaux de la santé privilégiée dans les différents cas étudiés est significative de ces transformations du concept de santé globale. En effet, cela donne lieu à des interventions dans des espaces sociaux différents selon les compétences dont disposent les collectivités locales dans chacun des pays. Au Danemark et dans certaines villes de la région Alsace, la politique de santé est destinée à être mise en œuvre dans le cadre des services sociaux dont les collectivités sont responsables. Pour atteindre les priorités du dernier programme de santé du Comté du Jutland du Nord, il est prévu que les actions seront mises en œuvre dans trois institutions correspondant à des services que le Comté à en charge de fournir à la population. Il s'agit du système éducatif (c'est-à-dire le système de garde des enfants d'âge pré-scolaire et les écoles publiques, privées et autres institutions d'éducation), des lieux de travail et du système de soins. En outre, un contrat avec les municipalités permet au Comté de mettre en œuvre son programme dans les villes. Un autre exemple de ce mode d'intervention est le poids du mouvement des Villes-Santé de l'OMS¹³, qui structure les politiques de santé de nombre de villes. Un réseau danois des Villes-Santé a été constitué au début des années 1990 qui est non seulement un lieu d'échange de pratiques entre villes mais aussi un interlocuteur dans les négociations avec le ministère de la Santé ou l'Association des Villes. Une des spécificités du modèle danois est que les politiques Villes-Santé sont très souvent matérialisées par l'ouverture de bureaux ouverts au public et où l'initiative et ses différentes interventions sont coordonnées – c'est le cas dans les villes du Jutland du Nord et à Holstebro dans le comté de Ringkøbing. De même, les villes de la région Alsace qui se sont dotées d'une politique de santé, telles que Mulhouse ou Strasbourg, s'appuient sur leurs services de santé scolaire ou de santé bucco-dentaire hérités de l'hygiénisme municipal (voir à ce propos: Murard et Zylberman, 1996). *A contrario*, le territoire, c'est-à-dire le quartier, l'arrondissement ou la région, est le lieu privilégié de l'intervention dans la plupart des autres collectivités en France. La territorialisation de l'action publique participe d'une tendance lourde de l'action publique en France (Duran et Thoenig, 1996; Faure et Négrier, 2007) que l'on retrouve également dans la politique de santé. La politique de santé publique de l'Etat est territorialisée à l'échelle de la région – ce sont les programmes régionaux de santé, eux-mêmes déclinés à l'échelle du territoire administratif des arrondissements en Nord Pas-de-Calais. De même, l'action en santé des villes est assise sur la politique de la ville, donc mise en œuvre à l'échelle des quartiers. En santé comme dans d'autres domaines, la territorialisation de l'action publique donne lieu à des tensions entre les partenaires impliqués – d'autant plus qu'en matière de santé la territorialisation des politiques de l'Etat coexiste avec la décentralisation de compétences aux collectivités locales – et à une redéfinition des enjeux en fonction du contexte local (Hassenteufel et Loncle, 2003). La politique de santé est ainsi associée à la lutte

¹³ Ce mouvement propose un modèle d'intégration transversale de préoccupations liées à la promotion de la santé dans les politiques urbaines, à partir de recommandations établies par l'Organisation mondiale de la santé. Il s'inscrit dans la suite de la Charte d'Ottawa et est basé sur l'idée d'agir sur les déterminants urbains de la santé pour créer des conditions favorables à la santé. Toute ville peut demander à s'en prévaloir, le principal critère étant d'obtenir l'engagement formel des responsables politiques de la ville. Son intégration dans les politiques de santé relève donc du transfert d'une conception sociale de la santé. Si l'on s'attache à décrire ce programme en France et au Danemark, on observe des différences considérables de forme institutionnelle, d'implication des élus et de légitimité accordée au programme. les Villes-Santé proposent un cadre d'action souple et adaptable selon les situations, possibilité qu'utilisent les villes et qui explique le succès de la démarche – cf. Petersen, A. et Lupton, D. (1996) *The new public health. Health and self in the age of risk*, London: Sage.

contre les exclusions, elle-même définie de façon territoriale par l'identification de facteurs d'exclusion associés aux territoires et à leurs populations.

La réception de la conception globale de la santé dans les politiques locales met bien en évidence le processus de transformation et de sélection dont les idées font l'objet lors du transfert. Les éléments empiriques présentés ici indiquent non seulement la transformation des transferts en fonction du contexte local mais aussi l'importance de la concordance entre les enjeux politiques locaux et les transferts pour que ces derniers soient « activés ». De fait, les politiques de santé au Danemark sont justifiées par leur potentiel de contribution à la maîtrise des dépenses de santé tandis que les collectivités locales françaises soulignent leur capacité à agir sur des déterminants de la santé autre que les soins grâce à leurs prérogatives légales. De même, la préférence pour une intervention par « milieu » (c'est-à-dire l'hôpital, l'école ou la ville au sens de communauté locale) au Danemark ou pour une intervention par territoire (au sens des compétences de chaque collectivité pour agir dans son territoire) en France se traduit par une appropriation différenciée de la conception globale de la santé.

Conclusion

Tout au long de cette communication nous avons cherché à montrer que le transfert d'une conception de la santé entendue, au-delà de l'absence de pathologies, comme un état global de bien-être est en grande partie au fondement de la convergence des politiques locales de santé publique en France et au Danemark. A partir de l'étude de la réception de ce transfert dans les politiques locales, l'objectif était d'identifier les conditions de l'appropriation de cette idée par les responsables politiques et administratifs de ces politiques. Contrairement à ce que le terme suggère, la réception n'est donc pas envisagée comme un processus passif mais bien comme une part active du processus de transfert. L'analyse a été centrée en grande partie sur les acteurs qui reçoivent les transferts, c'est-à-dire les responsables régionaux et locaux de programmes de santé publique, ainsi que des responsables d'associations nationales qui contribuent à la circulation d'idées et de pratiques en la matière. La mise en perspective des parcours professionnels de ces acteurs et des références qu'ils mobilisent pour intégrer la conception globale de la santé dans les politiques locales souligne que la réception du transfert est dépendante à la fois de leurs préférences et du contexte dans lequel ils évoluent. Selon leur formation et leur expérience professionnelle (médecins vs. infirmières de santé publique), les acteurs de santé publique en position d'influencer les programmes de santé en France et au Danemark se sont appropriés la conception globale de la santé à partir de différentes sources (déterminants sociaux de la santé vs. Charte d'Ottawa). Des caractéristiques du contexte local (modalités de formation en santé publique, langue) ont fortement influencé les carrières, les espaces dans lesquels les acteurs de santé publique ont circulé et, partant, les connaissances de santé publique qu'ils se sont appropriés. En outre, l'attention a été portée sur l'intégration de la conception globale de la santé dans les politiques locales. Du fait de leur position d'intermédiaires entre les différents acteurs des politiques de santé (politiques, administratifs, intervenants en santé publique), les responsables de programmes sont en position pour diffuser la conception globale de la santé. Plutôt que de centrer l'analyse sur les pratiques qu'ils déploient à cette occasion, on a préféré suivre le parcours de l'idée transférée. De même que la conception globale de la santé est appropriée dans des termes différents, elle se concrétise par des argumentaires de légitimation et des modes d'intervention prévus dans les programmes, différents selon les pays et selon les compétences et les possibilités d'action dont disposent les collectivités locales. Les opportunités d'intervention qui s'ouvrent alors aux collectivités locales apparaissent comme un des facteurs qui a permis la réception du transfert, c'est-à-dire l'appropriation de la conception globale de la santé et son intégration dans les collectivités locales.

Au terme de cette analyse, la réception des transferts de politique publique est donc un processus actif, qui plus est fortement influencé par les contraintes et les enjeux qui s'imposent aux acteurs des politiques locales qui les reçoivent. La réception des transferts dans les politiques locales nécessite non seulement la diffusion d'idées ou de modèles de politique publique, mais aussi que des acteurs impliqués dans l'action publique

locale se saisissent de ces idées et fassent en sorte de les intégrer dans les politiques publiques. En ce plaçant du point de vue des acteurs locaux et en montrant leur contribution active aux processus de transfert, la sociologie de la réception des transferts de politique publique contribue donc à expliquer la convergence « par le bas ». Dans cette perspective, le contexte local n'est pas seulement un facteur qui limite la convergence – nous avons vu que la référence à des sources de santé publique, les parcours des acteurs et les modalités de légitimation et d'intervention des politiques locales sont différentes. Il est également un facteur qui permet la convergence puisque la proximité entre la conception globale de la santé, les parcours des acteurs et les enjeux et contraintes des collectivités locales ouvre à ces dernières des opportunités d'intervention qui permettent le transfert.

Bibliographie

- Antonovsky, A. (1996) 'The salutogenic model as a theory to guide health promotion', *Health promotion international* 11(1): 11-8.
- Benamouzig, D. (2005) *La santé au miroir de l'économie, une histoire de l'économie de la santé en France*, Paris: PUF.
- Bennett, C.J. (1991) 'What is policy convergence and what causes it?' *British journal of political science* 21(2): 215-33.
- Bérard, A. (2007) 'Les médecins spécialistes de santé publique', *Santé publique* 19(1): S53-S-60.
- Bomberg, E. (2007) 'Policy learning in an enlarged European Union: environmental NGOs and new policy instruments', *Journal of European public policy* 14(2): 248-68.
- Busch, P.-O. et Jörgens, H. (2005) 'The international sources of policy convergence: explaining the spread of environmental policy innovations', *Journal of European public policy* 12(5): 860-84.
- Buus, H. (2001) *Sundhedsplejerskeinstitutionens dannelse: en kulturteorisk og kulturhistorisk analyse af velfærdstatens embedsværk [The institutionalization of public health nursing]*, København: Museum Tusulanum.
- Callon, M. (1986) 'Éléments pour une sociologie de la traduction: la domestication des coquilles Saint-Jacques et des pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc', *L'Année sociologique* 36: 169-208.
- Clavier, C. (2007) *Le politique et la santé publique. Une comparaison transnationale de la territorialisation des politiques de santé publique (France, Danemark)*, Thèse pour le doctorat de science politique: Université de Rennes I.
- Clavier, C. (2009) 'Les élus locaux et la santé: des enjeux politiques territoriaux', *Sciences sociales et santé* 27(2): 47-74.
- Delpeuch, T. (2008) L'analyse des transferts internationaux de politique publique: un état de l'art. In: *Questions de recherche / Research in question*, (Paris: Centre d'études et de recherches internationales, Sciences Po) p 69.
- Dezalay, Y. et Garth, B. (2002) *La mondialisation des guerres de palais. La restructuration du pouvoir d'Etat en Amérique latine, entre notables du droit et Chicago boys*, Paris: Seuil.
- Dolowitz, D. et Marsh, D. (1996) 'Who learns what from whom? A review of the policy transfer literature', *Political studies* 44(2): 343-57.
- Druhle, M. (1996) *Santé et société. Le façonnement sociétal de la santé*, Paris: PUF.
- Duran, P. et Thoenig, J.-C. (1996) 'L'institutionnalisation de l'action collective', *Revue française de science politique* 46(4): 580-623.
- Evans, M. et Davies, J. (1999) 'Understanding policy transfer: a multi-level, multi-disciplinary perspective', *Public administration* 77(2): 361-85.
- Fassin, D. (1996) *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris: PUF.
- Faure, A. et Négrier, E. (eds) (2007) *Les politiques publiques à l'épreuve de l'action locale. Critiques de la territorialisation*, Paris: L'Harmattan.
- Goldberg, M., Melchior, M., Leclerc, A. et Lert, F. (2002) 'Les déterminants sociaux de la santé: apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé', *Sciences sociales et santé* 20(4): 75-127.
- Greener, I. (2002) 'Understanding NHS Reform: the Policy-Transfer, Social Learning, and Path-Dependency Perspectives', *Governance* 15(2): 161-83.
- Harrison, S., Moran, M. et Wood, B. (2002) 'Policy emergence and policy convergence: the case of 'scientific-bureaucratic medicine' in the United States and United Kingdom', *British journal of politics and international relations* 4(1): 1-24.

- Hassenteufel, P. (2005) 'De la comparaison internationale à la comparaison transnationale. Les déplacements de la construction d'objets comparatifs en matière de politiques publiques', *Revue française de science politique* 55(1): 113-32.
- Hassenteufel, P. et Loncle, P. (2003) 'Territorialisation n'est pas décentralisation...' *Pouvoirs locaux* 58(III): 49-54.
- HCSP (1992) *Stratégie pour une politique de santé*, Paris: La Documentation française.
- Holzinger, K. et Knill, C. (2005) 'Causes and conditions of cross-national policy convergence', *Journal of European public policy* 12(5): 775-96.
- Illich, I. (2003) 'Medical Nemesis', *Journal of epidemiology and community health* 57: 919-22.
- Kickbusch, I. (2003) 'The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion', *American journal of public health* 93(3): 383-8.
- Lalonde, M. (1974) *Nouvelle perspective sur la santé des Canadiens / A new perspective on the health of Canadians*, Ottawa: Gouvernement du Canada.
- Lenschow, A., Liefferink, D. et Veenman, S. (2005) 'When the birds sing. A framework for analysing domestic factors behind policy convergence', *Journal of European public policy* 12(5): 797-816.
- Loncle, P. (2009) 'La mise en œuvre des politiques de santé publique au niveau local: "l'animation territoriale en santé en Bretagne"', *Sciences sociales et santé* 27(1): 5-31.
- Murard, L. et Zylberman, P. (1996) *L'hygiène dans la République. La santé publique en France ou l'utopie contrariée 1870-1918*, Paris: Fayard.
- Nakano, K. (2004) 'Cross-national transfer of policy ideas: agencification in Britain and Japan', *Governance* 17(2): 169-88.
- Nay, O. et Smith, A. (2002) 'Les intermédiaires en politique. Médiation et jeux d'institutions', in O. Nay et A. Smith (eds), *Le gouvernement du compromis. Courtiers et généralistes dans l'action politique*, Paris: Economica, pp. 1-21.
- Nordjyllands Amt (1992) *Health for all in the County of North Jutland. Health policy action programme 1992-1994*, Aalborg.
- Nordjyllands Amt (2000) *Det 3. sundhedspolitiske handlings program 2000-2008. En plan for forebyggelse og sundhedsfremme [Le 3ème programme d'actions de la politique de santé 2000-2008. Un plan pour la prévention et la promotion de la santé]*, Aalborg.
- Ogden, J., Walt, G. et Lush, L. (2003) 'The politics of 'branding' in policy transfer: the case of DOTS for tuberculosis control', *Social science and medicine* 57: 179-88.
- OMS (1948) *Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.*
- Organisation mondiale de la santé - OMS (1986) *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Ottawa: Organisation mondiale de la santé, Santé et Bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique.
- Pedersen, L.H. (2007) 'Ideas are transformed as they transfer: a comparative study of eco-taxation in Scandinavia', *Journal of European public policy* 14(1): 59-77.
- Petersen, A. et Lupton, D. (1996) *The new public health. Health and self in the age of risk*, London: Sage.
- Piana, D.D. (2007) 'Unpacking Policy Transfer, Discovering Actors: The French Model of Judicial Education Between Enlargement and Judicial Cooperation in the EU', *French Politics* 5(1): 33-65.
- Radaelli, C.M. (2000) 'Policy transfer in the European Union: institutional isomorphism as a source of legitimacy', *Governance* 13(1): 25-43.
- Radaelli, C.M. (2005) 'Diffusion without convergence: how political context shapes the adoption of regulatory impact assessment', *Journal of European public policy* 12(5): 924-43.
- Stone, D. (1999) 'Learning lessons and transferring policy across time, space and disciplines', *Politics* 19(1): 51-9.
- Stone, D. (2004) 'Transfer agents and global networks in the 'transnationalization' of policy', *Journal of European public policy* 11(3): 545-66.
- True, J. et Mintrom, M. (2001) 'Transnational networks and policy diffusion: the case of gender mainstreaming', *International studies quarterly* 45: 27-57.
- Vallgård, S. (2003) *Folkesundhed som politik. Danmark og Sverige fra 1930 til i dag [La santé publique comme politique publique. Le Danemark et la Suède de 1930 à nos jours]*, Århus: Århus Universitetsforlag.
- Vallgård, S., Krasnik, A. et Vrangbæk, K. (2001) *Health care systems in transition: Denmark*, Copenhagen: European observatory on health care systems.

- Vandenberghe, M. (2002) *Les médecins inspecteurs de santé publique. Aux frontières des soins et des politiques*, Paris: L'Harmattan.
- Wilkinson, R.G. (2004) 'The epidemiological transition. From material scarcity to social disadvantage?', *Daedalus (Journal of the American academy of arts and sciences)*, 123 (4), 1994, 61-67, reproduit dans', in M. Bury et J. Gabe (eds), *The sociology of health and illness, a reader*, London: Routledge 112-121, .
- Wolman, H. et Page, E. (2002) 'Policy Transfer among Local Governments: an Information-Theory Approach', *Governance* 15(4): 477-501.