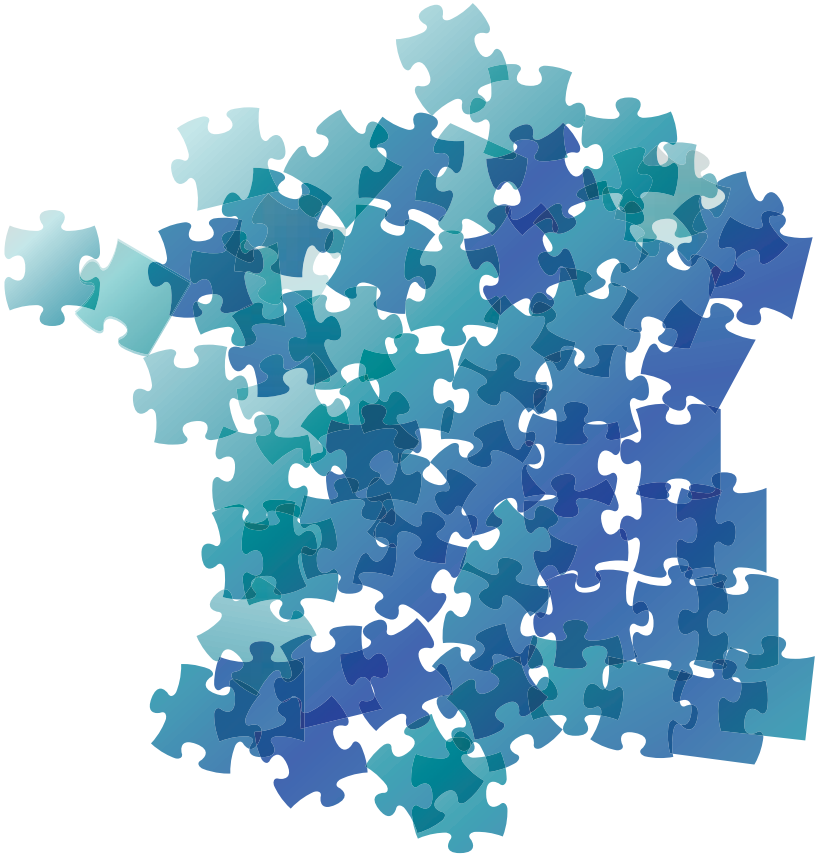
Collectivités territoriales et santé



Dossier coordonné par **Didier Febvrel**
Médecin territorial de santé publique,
membre du HCSP

14 L'organisation territoriale en santé publique

14 L'évolution, en droit, des compétences des collectivités territoriales en matière de santé depuis 1994
Armelle Treppoz Bruant

17 La promotion de la santé : un concept pertinent d'intervention des collectivités territoriales
Daniel Oberlé

19 Une organisation territoriale de santé complexe
Viviane Bayad

21 Le Réseau français des villes-santé
Valérie Jurin

23 Fonction et rôle des médecins territoriaux : les enjeux de santé publique
Faouzia Perrin, Guillaume Le Mab

26 Apport des collectivités territoriales à la santé

26 Collectivités territoriales et santé : analyse des rapports publics
Didier Febvrel

29 Les inégalités sociales et territoriales de santé en milieu urbain : enseignements de la cohorte SIRS
Pierre Chauvin, Isabelle Parizot, Julie Vallée

32 Le territoire comme élément structurant de l'organisation des soins
Véronique Lucas-Gabrielli, Magali Coldefy

35 Politiques locales de santé et cohésion sociale : les nouveaux modes de mobilisation et de contractualisation
Michel Joubert

42 Les champs d'intervention des collectivités territoriales

42 Les ateliers santé ville
Catherine Richard

44 État et collectivités territoriales : la contractualisation et les contrats locaux de santé
Sophie Schapman-Ségalié, Pierre Lombrail

47 Les collectivités territoriales et l'offre de soins de proximité
Pierre de Haas

49 Hygiène publique, habitat insalubre et promotion de la santé
Luc Ginot

51 L'appui aux collectivités territoriales par l'ingénierie
Vincent Baudot

53 Le Réseau des villes actives du Programme national nutrition santé
Yves Pagès

56 Tribunes

56 L'État et les collectivités territoriales
Nicolas Prisse

59 Gouverner notre système de santé
Laurent El Ghozi

61 Le point de vue de l'Assemblée des départements de France
Jean-Pierre Hardy

64 Santé publique, SFSP et collectivités territoriales
Flore Lecomte-Aumaître

66 Bibliographie générale

L'organisation territoriale en santé publique

Si l'État définit la politique de santé publique pour en assurer la continuité sur son territoire et l'égalité d'accès, les collectivités territoriales sont très présentes dans sa mise en œuvre. Avec une organisation territoriale complexe, les collectivités mobilisent de nombreux moyens pour développer des politiques locales de santé.

L'évolution, en droit, des compétences des collectivités territoriales en matière de santé depuis 1994

Armelle Treppoz Bruant
Maître de conférences à l'université d'Orléans, membre du Laboratoire des collectivités publiques

De par le Préambule de la Constitution, la protection de la santé est une obligation constitutionnelle pour l'État[1]. Néanmoins si « *la France est une République indivisible… son organisation est décentralisée* »[2] et la santé, n'étant pas une compétence régalienne, peut faire l'objet de transferts aux collectivités territoriales. La répartition évolutive des compétences entre ces dernières et l'État est maîtrisée par celui-ci. La volonté de répondre à des besoins de proximité justifie les interventions locales, mais les enjeux économiques et politiques de la santé publique ne permettent pas à l'État de s'en désintéresser.

Une clarification s'impose car, depuis la précédente étude du sujet par la présente revue en 1994, les lois se sont multipliées, superposées (« *Les principales réformes législatives de la santé publique depuis 1996* », p. 15) et révèlent une confrontation de dynamiques complexes. Il est facile de mettre en avant l'effacement des collectivités territoriales en matière de santé publique, particulièrement depuis le recul de l'influence communale dans la gouvernance des établissements de santé. Même si l'État définit, certes, la politique de santé publique pour en assurer la continuité sur son territoire et l'égalité d'accès, il ne faudrait pas oublier les nombreuses interventions ponctuelles des collectivités territoriales en ce domaine sur des fondements juridiques généraux à la fois anciens mais renouvelés.

Les interventions générales des collectivités territoriales en matière de santé publique

Depuis l'Ancien Régime, l'organisation des relations entre l'État et les collectivités territoriales permet l'inter-

1. Selon l'alinéa 11 du Préambule du 27 octobre 1946, la nation « *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé* ».
2. Article 1er de la Constitution du 4 octobre 1958.

Les principales réformes législatives de la santé publique depuis 1996

- Ordonnance du 24 avril 1996 sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée.
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé.
- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
- Ordonnance 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) modifiée par la loi n° 2011-940 du 10 août 2011.

vention de celles-ci en matière de santé publique en se fondant sur les règles générales de compétences des collectivités. Il s'agit toujours de rapprocher le pouvoir décisionnel des préoccupations locales pour disposer d'un système de soins efficace tout en maîtrisant l'inflation des dépenses de santé.

L'autonomie des collectivités au sein de l'État suppose qu'elles s'administrent librement et disposent de compétences. Elles ont une vocation générale à gérer toutes les affaires locales. Elles bénéficient d'une clause générale de compétence interprétée extensivement : elles interviennent dans tous les domaines d'intérêt public local non expressément attribués à une autre autorité. Les préoccupations sanitaires répondent à cet intérêt sans que la détermination de l'autorité compétente ne s'impose clairement. En effet, la décentralisation de la loi du 2 mars 1982 est venue altérer cette présentation par le transfert de l'État vers les collectivités de blocs de compétences afin d'éviter les enchevêtrements par une certaine spécialisation des collectivités. Le département est devenu alors la collectivité principalement compétente pour assurer la protection sanitaire de la famille et de l'enfance[3], malgré son autonomie relative à l'égard de l'État. Celui-ci continue à définir les objectifs, les modalités des actions sanitaires appliquées localement sous la seule réserve, peu contraignante, de la libre administration.

Néanmoins, l'impossibilité d'attribuer une compétence intégralement à un seul niveau de collectivité conduit nécessairement à un partage pour des raisons techniques ou politiques admis par le juge et donc à des incertitudes dans la répartition des compétences. Ainsi, la commune conserve ses attributions traditionnelles de police en matière de salubrité et d'hygiène[4]. Malgré le rôle privilégié du département conforté par les textes, elle reste en tant que collectivité de proximité un partenaire d'autant plus sollicité que sa capacité financière et son importance favorisent ses initiatives. Si la région a une mission générale de promotion du développement sanitaire[5], ses compétences marginales dans le domaine de la santé sont liées à ses principales compétences, la formation professionnelle et l'aménagement du territoire.

À partir de 2003, les réformes du droit des collectivités territoriales ont eu des répercussions sur leurs compétences sanitaires. Ainsi, la révision constitutionnelle du 28 mars 2003 introduit de nouveaux principes intéressant l'attribution et l'exercice de compétences locales comme la subsidiarité déterminant le niveau de la compétence, la notion de collectivité chef de file renforçant le département dans ses compétences sanitaires mais acceptant implicitement et nécessairement la collaboration entre plusieurs collectivités, ou enfin le droit à l'expérimentation permettant par exemple aux régions de participer au financement et à la réalisation d'équipements sanitaires.

Par la suite, de nouveaux et nombreux transferts de compétences sont réalisés par la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, mais la santé publique reste à l'écart de ce mouvement. Le département perd même certaines de ses attributions au profit de l'État souhaitant garantir la cohérence nationale des politiques de santé. Le législateur instaure néanmoins des mécanismes de délégation de compétences autorisant les collectivités territoriales à participer aux programmes de prévention et de vaccination de l'État dans le cadre de conventions.

La loi du 16 décembre 2010 de réforme des collectivités territoriales ne modifie pas directement la répartition des compétences, mais veut la clarifier en affirmant l'exclusivité des compétences, en revenant sur la clause générale de compétences des départements et régions qui en avait permis l'extension continue. Mais cette suppression pourrait être remise en cause avec le projet de loi de décentralisation dont le Parlement devrait prochainement débattre. La mutualisation des services et l'intercommunalité encouragées par le législateur de 2010 avec la création des métropoles pourront également redessiner les contours de la compétence sanitaire apparaissant bien éclatée.

3. Article L. 1423-1 du Code de la santé publique.
4. Articles L. 2212-1 et suivants du Code général des collectivités territoriales.
5. Article L. 4221-1 du Code général des collectivités territoriales.

Les interventions fragmentées des collectivités territoriales en matière de santé publique

Les multiples interventions législatives depuis 1996 expriment la volonté de l'État de maîtriser la politique de santé publique, mais aussi la nécessité de sa territorialisation. En effet, les besoins en santé n'étant pas uniformes au sein de l'État ; ils doivent faire l'objet d'actions différenciées dont les collectivités territoriales ne peuvent être exclues. Cette nouvelle démarche se traduit au niveau de la région par la mise en place d'institutions de l'État, les agences régionales de santé (ARS), chargées de conduire la politique sanitaire au niveau des « *territoires de santé* » qu'elles délimitent et qui coïncident souvent avec les départements.

Les collectivités territoriales sont le cadre géographique de la politique nationale de la santé publique qu'elles mettent en œuvre. Exprimant alors la déconcentration de l'État, elles n'ont guère de pouvoir d'initiative mais exercent un pouvoir d'influence par leur participation au conseil de surveillance de l'ARS (lire ci-dessous), par leur représentation au sein des organismes consultatifs la secondant telle la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA). Elles sont associées de manière limitée à la définition étatique de la politique de santé en étant consultées sur le projet régional de santé élaboré par l'ARS. Ce projet définit les objectifs sur plusieurs années de l'action de cet établissement dans le cadre des orientations de la politique nationale de santé. La représentation et la consultation sont à la fois des outils de concertation des élus locaux et de reconnaissance des spécificités locales. À ce niveau, la région constitue, en raison de ses dimensions, un échelon stratégique de la politique sanitaire alors exclusivement déconcentrée et non décentralisée (lire ci-dessous).

Les collectivités territoriales détiennent ensuite des compétences dispersées et partagées en matière de santé publique.

Désormais, la santé publique fait l'objet d'une approche globale ou pluridisciplinaire permettant alors aux collectivités d'intervenir ponctuellement à l'occasion de l'exercice d'autres compétences dans les domaines de la politique de la ville ou de l'aménagement du territoire, de la politique d'insertion ou de l'action sociale. Si les compétences locales sont dispersées, elles n'en sont pas moins réelles.

Les collectivités ou leurs groupements peuvent intervenir dans le domaine de la santé par la voie de contrats locaux conclus avec l'ARS mettant en œuvre le projet régional de santé et portant notamment sur la promotion de la santé et la prévention. Les compétences sont alors partagées. Ce mode d'exercice des compétences est encouragé par l'État pour reporter le coût des investissements sur les contribuables locaux et pour mettre en valeur une démarche plus consensuelle et moins autoritaire. Les collectivités territoriales passent également de nombreux contrats avec des associations, des établissements de santé publics ou privés afin de participer à des campagnes de prévention, de dépistage. Ces conventions peuvent prendre la forme de délégations de compétences par lesquelles l'État ne se dessaisit pas de sa compétence mais la confie temporairement à d'autres autorités.

Conclusion

Les enjeux nationaux de la politique de santé justifient la mainmise de l'État sur sa définition, mais la territorialisation dont elle fait l'objet autorise les collectivités territoriales à rester très présentes dans sa mise en œuvre sur le fondement de la déconcentration et de la décentralisation. Les nombreux fondements de ces interventions permettent difficilement d'avoir une vue globale sur ces interventions locales.

Les agences régionales de santé (ARS)

Les ARS, créées par la loi Hôpital, patients, santé et territoires (loi HPST) du 21 juillet 2009, succèdent aux agences régionales de l'hospitalisation de l'ordonnance du 24 avril 1996. Elles sont des établissements publics de l'État chargés de mettre en œuvre, au niveau régional, la politique de santé publique et remplacent de nombreux organismes chargés de la politique de santé et dépendant soit de l'État soit de l'assurance maladie.

Déconcentration et décentralisation

Déconcentration et décentralisation sont deux modes d'organisation de l'État unitaire. La première permet à l'État de faire exercer localement son pouvoir dans des circonscriptions administratives par des autorités qui lui sont soumises par la voie hiérarchique tel le préfet. En revanche, la décentralisation est un transfert de compétences de l'État vers les collectivités territoriales dotées de la personnalité juridique, organes élus gérant les affaires locales et contrôlés par le juge administratif. Les collectivités territoriales expriment la décentralisation mais peuvent aussi exercer des compétences au nom de l'État et agir alors dans le cadre de la déconcentration.

La promotion de la santé : un concept pertinent d'intervention des collectivités territoriales

Daniel Oberlé
Animateur du site www.pratiquesensante.fr

Écrire sous ce titre est un challenge de taille, tant la définition de chaque mot appelle à des interprétations différentes. Heureusement, il s'agit d'un propos ayant pour objectif de rappeler quelques bases dont les acteurs de santé publique, nous l'espérons, se sont déjà emparés, pour répondre à un objectif majeur qui est la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Les collectivités territoriales…

Le premier terme que nous aborderons est celui de « collectivités territoriales », qui ne s'emploie que très rarement au singulier, tant il recouvre des réalités différentes. Comment comparer les problématiques et les possibilités d'une région comme Provence-Alpes-Côte d'Azur avec celle de l'Alsace, un département comme le Rhône avec celui de la Mayenne, une commune comme Bordeaux avec une autre comme La Canourgue ? Sans parler des agglomérations, des communautés de communes, des pays. Ce mille-feuille, parfois indigeste, rend complexe une réflexion uniforme sur les collectivités territoriales en général et en conséquence leur rôle en matière de santé.

Pourtant, à chacun de ces échelons, les prises de décisions des élus ou les activités de leurs techniciens ont un réel impact, volontaire ou indirect, de manière positive ou négative, sur l'état de santé et la qualité de vie de la population.

Nombre de collectivités territoriales pourront apporter des exemples qui montrent leur implication intentionnelle dans les actions de santé. Parmi ces actions, les thématiques de la santé mentale, des addictions et de l'alimentation sont souvent mises en avant volontairement au travers de dispositifs ou de démarches comme le Réseau français des villes-santé de l'Organisation mondiale de la santé, l'engagement dans les ateliers santé ville, l'engagement dans le Programme national nutrition santé (PNNS) et plus récemment par la signature de contrats locaux de santé avec les agences régionales de santé. Nous pourrions aussi citer l'investissement des collectivités territoriales au travers des missions locales pour l'insertion des jeunes, des espaces santé jeunes, des conseils locaux de santé mentale (CLSM), des maisons des adolescents, de la Protection maternelle et infantile (PMI), de l'action péri scolaire jusqu'au volet « santé » du Dispositif de réussite éducative (DRE)…

L'État, au travers des programmes territoriaux de santé, des contrats locaux de santé ou des ateliers santé ville (ASV), etc., apporte des outils et des financements afin de favoriser à la fois les activités d'accès aux soins et à la prévention. Mais ces actions ne peuvent se mettre en place sans un réel investissement politique, humain et financier des collectivités territoriales pour faire perdurer les dispositifs initiés par l'État.

Ce sont souvent des engagements forts des collectivités territoriales dans le champ « inhabituel » de la santé où leur impact est encore plus important. Comme Monsieur Jourdain, sans le savoir, elles agissent indirectement sur la santé en améliorant par exemple les conditions de vie – voire de travail – de leurs habitants…

La santé n'est pas uniquement l'absence de maladie. Ce que savent bien nous dire les personnes interrogées spontanément dans la rue sur la question « *Qu'est-ce que, pour vous, être en bonne santé ?* » Bien entendu, on trouve en premier lieu la réponse « *ne pas être malade* », mais aussi « *être bien dans sa peau* », « *avoir du travail* », « *avoir des amis* » et beaucoup d'autres items encore qui balayent l'ensemble des déterminants de santé.

En effet, notre santé dépend d'une foule de facteurs, nommés les déterminants de santé[1], dont les effets, quand ils s'additionnent, ont un effet démultiplicateur sur la santé des individus : niveau de revenu et statut social, réseaux de soutien social, éducation et alphabétisme, emploi et conditions de travail, environnements sociaux, environnements physiques, habitudes de santé et capacité d'adaptation personnelle, développement de la petite enfance, patrimoine biologique et génétique, services de santé, sexe, culture, et la liste n'est pas close.

Les collectivités territoriales peuvent agir au mieux sur ces déterminants qui, pour beaucoup, relèvent de leurs compétences et de leurs capacités, même si l'État a aussi un rôle en la matière.

Or, sans généraliser (nous pouvons donner nombre d'exemples – pas assez nombreux certes – qui peuvent nous prouver le contraire), les élus ont assez souvent une vision médicale, hygiéniste et curative de la santé. Cela tient sans doute, d'une part, à leurs compétences légales, restreintes dans ce domaine par l'État au fur et à mesure des étapes de la décentralisation et, d'autre part, à l'insistance croissante de l'opinion publique et des médias sur les problèmes d'accès aux soins, en particulier dans les zones défavorisées (milieu rural, zone urbaine sensible…), et ce alors que la prévention y reste trop absente.

Pourtant, les élus ont une forte capacité d'interpellation et de mobilisation de l'ensemble des acteurs locaux,

1. Les déterminants de santé : http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php#key_determinants

pouvant ainsi initier une culture commune, des actions transversales, des projets partagés entre les secteurs du soin, de la prévention, du médico-social. Ils peuvent faire du territoire un lieu privilégié pour tester des actions intersectorielles, intercommunales, pluridisciplinaires, même si celles-ci ne sont pas naturelles et sont susceptibles d'avoir des conséquences financières non négligeables (par le temps de travail) mais une efficacité certaine.

...Et la promotion de la santé

Ils peuvent, en somme, faire de la « promotion de la santé », le dernier terme du titre que nous avons à développer. Souvent difficile à expliciter, il repose à la fois sur les déterminants de santé que nous avons évoqués et sur les cinq grands axes d'intervention définis par la charte d'Ottawa[2] qui sont : élaborer une politique publique saine, créer des milieux favorables, renforcer l'action communautaire, acquérir des aptitudes individuelles, réorienter les services de santé.

Pour cela, les collectivités territoriales apparaissent singulièrement bien placées.

Ainsi par leurs connaissances et leur proximité du terrain, les collectivités territoriales peuvent avoir un rôle essentiel dans la coordination de ces cinq axes.

Prenons quelques exemples :

- La prévention des accidents de la circulation piétonne des enfants implique tout à la fois d'avoir une politique sur l'aménagement de la ville ou du village, de créer des espaces de sécurité, d'améliorer l'entraide entre enfants-parents-personnes âgées, de mettre en place de réelles séances éducatives pour mieux faire appréhender à l'enfant ses limites sensorielles pour comprendre et utiliser l'espace urbain, de créer éventuellement des services de transports collectifs.
- La santé bucco-dentaire doit être abordée par l'apprentissage du brossage des dents, mais également par l'éducation nutritionnelle. Elle nécessite une réflexion sur les services proposés en termes d'accès aux soins, un secteur 1 plus développé, mais également une réelle politique d'accompagnement des familles les plus démunies pour favoriser cet accès. (*cf.* : article de *La Santé de l'homme*, n° 417, janvier-février 2013[3]).
- Sur le thème de l'alimentation, une collectivité territoriale, par sa responsabilité autour de la restauration scolaire, peut avoir une réelle politique concernant les produits utilisés (biologiques, issus d'une culture raisonnée, favorisant les circuits courts), mais elle peut aussi aménager des espaces conviviaux, moins bruyants pour la prise du repas, sensibiliser et éduquer les enfants ou les adolescents à la diversité des produits, aux saveurs différentes, créer du lien avec les familles entre les propositions de repas du midi et ceux proposés par les parents le soir, par une meilleure information.
- Sur l'isolement des personnes âgées en milieu rural, les collectivités territoriales ont un rôle important pour organiser le tissu social, pour favoriser une plus grande solidarité, pour mettre en place des services d'aide à domicile, de portage de repas, mais aussi d'éducation ou de soutien psychologique pour, par exemple, une bonne utilisation des produits proposés.
- Sur le thème de l'environnement, les sujets d'intervention sont nombreux entre les antennes de téléphonie mobile, les problèmes liés à une présence trop importante de radon, de plomb ou de fluor dans les eaux ou encore des problèmes grandissants comme l'invasion de l'ambroisie, une plante hautement allergisante. L'affirmation d'une politique territoriale est de premier plan, mais en arrière-fond également un souci d'éducation, de mise en relation des différents acteurs concernés par ces sujets.

Nous pourrions multiplier les exemples pour démontrer comment chacune des collectivités territoriales peut contribuer à une meilleure santé et à une meilleure qualité de vie : aménagement de l'espace urbain pour qu'il y ait des lieux de rencontre, de convivialité, possibilité pour les adultes d'accéder à des activités culturelles et sportives à la mesure de leurs revenus, lutte contre les nuisances sonores, efforts de mise en œuvre de formations continues ou initiales pouvant répondre aux besoins du marché de l'emploi, etc. C'est-à-dire pour démontrer que les collectivités territoriales sont impliquées de fait dans la promotion de la santé pour peu qu'elles en partagent l'esprit.

Quels que soient la volonté politique et l'investissement des élus, des professionnels appellent à la mise en œuvre et au suivi d'une observation multifacettes : sanitaire, sociale et médico-sociale du secteur géographique concerné (l'IRIS : Ilots regroupés pour l'information statistiques) utilisé par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) est probablement l'un des indicateurs les plus pertinents (le regroupement de plusieurs IRIS permet de répondre à quasiment toutes les formes de territoires). Il apparaît surtout un réel besoin de coordinateurs de projet permanents afin de mettre en relation régulière chacune des structures, chacun des intervenants, et de construire, piloter et évaluer la progression des dynamiques mises ainsi en place.

Nous l'avons bien compris, il ne s'agit pas de se battre avec les mots mais de faire en sorte que s'organise, au niveau des collectivités territoriales, une vraie dynamique de « Promotion de la santé » prenant en compte les cinq axes d'intervention de la charte d'Ottawa (et pas seulement un ou deux d'entre eux). Une dynamique qui engage vraiment les pouvoirs publics comme le met en avant la charte de Bangkok[4], et qui permette à la population d'avoir son mot à dire pour faire évoluer la santé, trouver des consensus entre plusieurs points de vue, un processus évolutif, pour une meilleure prévention de la santé pour *tous*.

2. La charte d'Ottawa-1986. http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/pdf/Charte_d_Ottawa.pdf

3. La santé bucco-dentaire. http://www.inpes.sante.fr/SLH/sommaires/417.asp

4. La charte de Bangkok. http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr34/fr/

Une organisation territoriale de santé complexe

Viviane Bayad
Responsable du Pôle de Compétences santé du Centre national de la fonction publique territoriale

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a engendré une recentralisation en matière de santé publique, mais l'organisation territoriale de santé demeure complexe.

L'État reste dans son rôle de maître d'ouvrage de la politique de santé, mais peut confier certaines missions aux collectivités territoriales par convention.

Les régions ont en charge les formations initiales sanitaires et sociales.

Les départements assurent essentiellement les missions de santé :

- la protection maternelle et infantile,
- les actions de prévention (vaccination, prévention de la tuberculose, des infections sexuellement transmissibles, des cancers) pour les départements qui ont souhaité poursuivre une partie ou la totalité de ces actions « recentralisées »,
- le suivi des personnes âgées et des personnes handicapées.

Les grandes villes développent des missions d'hygiène et de promotion de la santé.

De plus, différents champs de compétence des collectivités locales (urbanisme, environnement, affaires sociales, petite enfance, transports) sont autant de domaines impactant l'état de santé des populations. C'est pourquoi les collectivités territoriales se sentent de plus en plus légitimes à intégrer les questions de santé dans la globalité de leur projet politique. Ainsi les collectivités territoriales s'impliquent dans des projets de santé cohérents avec leurs territoires, au-delà de leurs compétences règlementaires, ce qui se traduit par des initiatives nombreuses et diverses : campagnes d'information, actions de dépistage, créations de lieux d'accueil ou de prise en charge (toxicomanie, santé mentale), réseaux de professionnels de santé, mobilisation d'acteurs autour d'une thématique, ateliers santé ville, etc.

La loi du 21 juillet 2009, dite « HPST », prévoit une articulation entre services de l'État et collectivités territoriales dans l'organisation sanitaire et médico-sociale, à travers plusieurs dispositifs :

- le programme régional de santé (rôle consultatif des collectivités territoriales),
- la définition des territoires de santé (en concertation avec les collectivités),
- les commissions Prévention et Médico-social (rôle consultatif),
- les contrats locaux de santé (espaces contractuels entre agence régionale de santé et collectivités territoriales qui doivent amplifier, en cohérence avec les programmes régionaux de santé, les dynamiques développées par les collectivités territoriales telles que les ateliers santé ville, l'animation territoriale de santé).

Des services spécifiques et diversifiés

Pour mettre en œuvre leurs compétences réglementaires en matière de santé, les collectivités territoriales sont dotées de services spécifiques :

- services départementaux de protection maternelle et infantile (PMI) ;
- services communaux d'hygiène et de santé (SCHS) ;
- services personnes âgées – personnes handicapées, maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
- centres municipaux de santé ;
- centres de planification et d'éducation familiale ;
- services municipaux de santé scolaire ;
- structures d'accueil petite enfance ;
- services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) ;
- services de médecine préventive et professionnelle.

La protection maternelle et infantile (ou PMI)

Dispositif de protection des mères et des enfants créé par l'ordonnance du 2 novembre 1945 afin de lutter contre la mortalité infantile, la PMI, gérée par les conseils généraux, a connu nombre de réformes entraînant un renforcement de ses activités, la transformant peu à peu en un dispositif de prévention et de promotion de la santé de la famille et de l'enfance ouvert à tous.

Les missions générales de la PMI sont définies par les articles L. 2111-1 à 3 et L. 2112-1 à 6 du Code de la santé publique. Il s'agit de consultations médicales préventives, de visites à domicile, de bilans de santé en école maternelle, d'actions médico-sociales de soutien aux familles, d'activités de planification et d'éducation familiale, d'actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger, d'activités d'agrément et de contrôle des modes d'accueil de la petite enfance, du traitement d'informations épidémiologiques et en santé publique relatives à la maternité et à la petite enfance.

La PMI offre la richesse de « *la proximité de ses services (centres de PMI, de planification et d'éducation familiale, centres médico-sociaux dans les quartiers), de l'intervention au sein des milieux de vie (visites à domicile, consultations itinérantes)* ».

Les équipes de PMI sont pluridisciplinaires : médecins, sages-femmes, puériculteurs, psychologues, éducateurs de jeunes enfants, psychomotriciens, conseillères conjugales, auxiliaires de puériculture. « *Elles travaillent en réseau avec les libéraux et hospitaliers, les assistantes*

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 66.

sociales, les équipes des centres d'action médico-sociale précoce, des centres médico-psychologiques, de santé scolaire et des réseaux d'aide et de soutien aux élèves en difficulté » [45].

Cependant les charges liées à la PMI constituent des dépenses obligatoires importantes ce qui entraîne de fortes disparités entre départements, disparités renforcées après plus de vingt ans de décentralisation sans politique nationale globale de santé en faveur de la famille, de l'enfant et des jeunes. Cela se traduit par une inégalité territoriale des missions de PMI et de planification familiale.

Dans un contexte de ressources contraintes, de démographie médicale défavorable et de développement de la précarité qui fait croître les besoins d'interventions médico-sociales, les conseils généraux doivent faire des choix politiques et ils réorganisent leurs services. On observe que les équipes de PMI sont de plus en plus intégrées à l'action sociale, et leurs missions généralistes risquent d'être réduites à une prévention centrée sur le dépistage de difficultés ou de troubles du développement [2].

Les services communaux d'hygiène et de santé (ou SCHS)

Institués par la loi du 15 février 1902, anciennement bureaux municipaux d'hygiène, les SCHS sont régis par les articles L. 1422-1 et L. 1422-2 du Code de la santé publique.

Les SCHS sont obligatoires dans les communes de plus de 20 000 habitants.

Relevant de la compétence des communes, les 208 SCHS sont chargés, sous l'autorité du maire, de l'application des règles relevant des autorités municipales ; certains exercent également des missions en matière de contrôle administratif et technique des règles d'hygiène ainsi qu'en matière de vaccination. « *Le dispositif juridique est extrêmement compliqué. Il combine localement le pouvoir général de police du maire, celui de l'État exercé par le préfet et celui que la loi accorde au maire de manière dérogatoire* » [29]. Les SCHS fonctionnent avec une dotation générale de décentralisation affectée à la commune.

Il existe une grande diversité de fonctionnement entre les SCHS. « *Si le cœur de leurs missions reste l'insalubrité, ils ont développé au fil du temps de multiples activités.* […] *La dénomination de SCHS disparaît et le positionnement au sein de la collectivité varie* […] *Ce sont les maires qui fixent les activités et donnent les orientations à ces services* » [30].

Les SCHS peuvent intervenir dans le contrôle des modalités de transmission des sources d'infection (désinfection, désinsectisation, dératisation), agir dans les domaines de la protection de la santé (habitat insalubre, nuisances sonores, suivi sanitaire des campings, etc.), de la promotion de la santé, de l'hygiène de l'environnement (qualité du milieu, assainissement, urbanisme), de l'hygiène alimentaire (surveillance sanitaire), participer aux plans régionaux et nationaux de santé environnementale, rédiger des avis techniques, etc.

Les centres municipaux de santé

Les centres municipaux de santé sont issus des dispensaires municipaux créés principalement dans l'entre-deux-guerres par des communes de la « banlieue rouge » qui connaissent une situation sanitaire défavorable, un fort taux de mortalité infantile et un sous-encadrement médical. Initialement, ces dispensaires sont destinés aux plus démunis. Dans l'après-guerre, ils sont ouverts à l'ensemble de la population et deviennent des centres de santé [51].

Le cadre législatif réglementant l'existence des centres de santé fait appel au Code de la santé publique, au Code de la sécurité sociale et au Code général des collectivités territoriales. Les décrets de juillet 1991 ont permis l'unification du statut des centres et l'instauration d'une convention type nationale qui règle les relations entre les centres et les caisses, l'actualisation des conditions d'agrément et le remboursement d'une partie des charges sociales de leur personnel soignant. La loi dite « HPST » reprend la définition des centres de santé et les cite comme acteurs de missions de service public.

Les centres municipaux de santé sont des structures hétéroclites : centres de soins infirmiers, de santé dentaire, centres de santé médicaux et polyvalents.

Ils sont une centaine, essentiellement situés dans la banlieue parisienne.

S'ils sont reconnus comme outils pertinents d'accès à la santé, leur pérennité risque de se heurter aux difficultés financières croissantes des communes qui s'interrogent sur la légitimité de leur implication dans la distribution des soins, à une démographie sanitaire défavorable et à l'inadaptation du statut de la fonction publique territoriale en ce qui concerne certains cadres d'emplois.

Les services municipaux de santé scolaire

L'article L. 14122-1 du Code de la santé publique autorisant les SCHS à continuer d'exercer leur activité dans un cadre dérogatoire, 13 grandes villes ont souhaité poursuivre l'activité de santé scolaire au moment de la décentralisation car cette mission de promotion de la santé de l'enfant s'inscrit dans leur projet politique local de santé.

Si les communes concernées ont choisi un champ d'intervention centré autour des écoles du premier degré avec des extensions variables, les modalités d'organisation sont diversifiées. L'ampleur des moyens mobilisés et les compétences médicales rassemblées permettent la mise en œuvre de stratégies de dépistage particulières en complément des bilans de santé obligatoires. La plupart des services municipaux de santé scolaire intègrent un service social au sein de la santé scolaire. Des personnels médicaux spécialisés, souvent vacataires, sont généralement associés à la réalisation des dépistages [6]. Dans l'ensemble, « *les missions*

réalisées sont celles dévolues ailleurs aux personnels des inspections académiques. Médecins et infirmiers scolaires, chacun selon leurs compétences propres, ont pour mission générale de promouvoir la santé des élèves, d'élaborer des programmes de santé, et de jouer le rôle de conseils techniques santé au sein des établissements scolaires » [37].

Des professionnels territoriaux de santé

Les collectivités territoriales, pour mettre en œuvre leurs missions réglementaires ou volontaristes de santé, embauchent environ 70 000 professionnels territoriaux de santé [14]. Dix-huit métiers sont répertoriés : directeur de la santé publique, médecin, médecin de médecine professionnelle et préventive, pharmacien, sage-femme, infirmier coordinateur, orthophoniste, puéricultrice, responsable en ingénierie de santé environnementale, infirmier, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, technicien en santé environnementale, manipulateur d'électroradiologie, aide-soignant, auxiliaire puéricultrice, agent de santé environnementale. De plus, de nouveaux « métiers » (chef de projet en santé, coordinateur, animateur en santé, animateur d'atelier santé ville) permettent l'organisation des activités de santé développées hors compétences règlementaires.

Ce sont là de véritables bataillons de professionnels spécialisés qui concourent à la santé publique.

Malgré un contexte budgétaire contraint, les collectivités, dans leur volonté de développer des politiques locales de santé et de réduction des inégalités de santé, mobilisent de nombreux moyens et, dans un exercice toujours plus difficile, concourent de manière significative mais souvent silencieuse à la santé publique française.

Le Réseau français des villes-santé

Valérie Jurin
Vice-présidente du Réseau français des villes-santé de l'OMS, adjointe au maire de Nancy, conseillère communautaire du Grand Nancy

Selon les projections de l'ONU, en 2050, 70 % des habitants de la planète seront urbains. Dans ce contexte mondial où la population urbaine ne cesse de s'accroître, l'OMS a lancé, dès 1986, le Projet villes-santé, reprenant à son compte la formule selon laquelle « *la santé se gagne ou se perd à la maison, à l'école, au travail, là où on vit* ». Fondé sur une définition large et globale de la santé, bien au-delà de l'absence de maladie, ce projet s'appuie sur les engagements pour la promotion de la santé définis par la charte d'Ottawa et sur les recommandations pour un développement durable. Considérant que la santé des personnes se caractérise par l'interaction complexe entre des déterminants à la fois individuels, socio-environnementaux et économiques, il propose aux pouvoirs locaux, qui détiennent de multiples leviers, d'agir pour améliorer leur santé et celle de leurs habitants grâce à une méthode éprouvée.

Tandis que se déployait un vaste réseau de villes pilotes à l'échelle de la zone Europe de l'OMS, en France, le Projet villes-santé a séduit un certain nombre de collectivités par son originalité et son ambition. Premières à s'engager, Rennes, Montpellier et Nancy furent ainsi à l'origine du Réseau français des villes-santé (RFVS) en 1987. Vingt ans plus tard, ce réseau rassemble plus de 80 communes et établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), représentés chacun par des élus et des techniciens, bien déterminés à mettre la santé au cœur de leurs politiques. Quand on les interroge, les responsables politiques expriment les raisons de leur adhésion à ce projet non pas en termes de compétence à exercer, mais de devoir, d'obligation morale. Tous affirment leur volonté de s'intéresser à la santé de leur population et sont conscients de l'impact de toutes leurs politiques sectorielles (habitat, mobilités, cohésion sociale, culturelle…) sur l'état de santé de leurs concitoyens. À ce titre, ils en appellent à une responsabilité partagée dans le domaine de la santé.

Dès ses premières années d'existence, le réseau s'est structuré sur une base nationale et s'est donné deux grands axes de travail. En premier lieu : mobiliser autour du concept villes-santé à l'échelon hexagonal, divulguer à large échelle ses valeurs et ses principes d'action. Annette Sabouraud, présidente fondatrice et adjointe au maire de Rennes, a été le premier artisan de ce lent et difficile travail de lobbying. Est-il nécessaire de dire que cette tâche ne s'est pas révélée facile dans un pays où la prégnance du curatif est de tradition ? Dans un pays où la santé reste un domaine de compétence de l'État, peu enclin au partage ? Pourtant, à force de rencontres, de colloques et de séminaires, au fil des alliances et partenariats stratégiquement noués avec la Direction générale de la santé, l'Institut national de la prévention et de l'éducation à la santé (Inpes), l'Institut national du cancer (INCa) et bien d'autres partenaires institutionnels et associatifs, le réseau français est parvenu à faire entendre sa voix.

Parallèlement, loin de « se payer uniquement de mots », le Réseau français des villes-santé s'est voulu aussi résolument tourné vers l'action. Son second axe de travail a ainsi consisté à accompagner les villes dans l'élaboration de leur politique de santé et la conception de leur plan local de santé. En favorisant les échanges d'expériences, en encourageant le partage d'outils, en organisant des temps de formation, il a étayé les com-

pétences de ses adhérents dans des domaines aussi variés que l'observation, l'évaluation, la construction d'indicateurs, la participation ou la transversalité. Ajoutons que la création régulière d'espaces de travail thématiques communs entre élus et fonctionnaires, qui donnent toujours lieu à des publications accessibles au plus grand nombre grâce à l'outil informatique, est une des forces du réseau. Cette façon de faire permet au réseau d'inscrire son action et celle de ses membres tout à la fois dans la pérennité, l'opérationnalité et le stratégique.

Une approche territoriale des questions de santé en évolution

En vingt-cinq ans, un certain nombre de postulats défendus par le Réseau français des villes-santé ont fait leur chemin dans notre pays. Ils se traduisent aujourd'hui dans les faits. Fort de ses valeurs et de son expérience, le RFVS les accompagne avec détermination, avec un certain sens critique, mais toujours dans un état d'esprit constructif, réaliste, au-delà des clivages partisans.

Citons, pour exemple, trois de ces évolutions majeures. La première concerne l'apparition d'une approche territoriale des questions de santé marquée par la création de nouveaux outils tels les ateliers santé ville, les conseils locaux en santé mentale ou plus récemment les contrats locaux de santé issus de la loi HPST. Ils ont certes leurs limites, mais tous sont en accord avec les principes d'action des « villes-santé » soulignant la nécessité d'instaurer à l'échelon local des dynamiques partenariales, de soigner la participation des usagers, notamment des plus fragiles, et d'agir en transversalité.

Une autre avancée marque la volonté de sortir du seul domaine du soin et d'agir sur les grands déterminants de santé par le biais de plans nationaux d'ampleur. C'est le cas du Plan national nutrition santé, qui a l'ambition d'influer globalement sur le facteur nutrition, c'est aussi le cas du Plan national santé environnement, qui vise à prendre en compte la santé dans les politiques environnementales, politiques touchant à l'habitat, aux mobilités, aux différentes expositions et nuisances.

Enfin, et surtout, une véritable prise de conscience s'est opérée face à la persistance des inégalités sociales de santé : vrai cheval de bataille de notre réseau. Que les écarts d'espérance de vie entre nos concitoyens soient enfin reconnus comme un affront à la dignité humaine mais aussi un risque pour la stabilité sociale et la performance économique, qu'ils soient analysés non plus comme une fatalité mais comme une réalité sur laquelle il est possible de peser en agissant à travers des politiques touchant aux conditions de vie et de travail, c'est une petite révolution.

Face à ces évolutions, l'enjeu du moment est celui de la proximité, celui d'une articulation locale efficiente des dispositifs et des politiques qui concourent à réduire les inégalités de santé et proposent une réponse adaptée aux problématiques des territoires visés. La réussite reposera sur la coordination fine entre projets régionaux de santé, déclinaisons des plans nationaux et démarches locales de santé, qu'elles soient portées par des collectivités (plan local de santé, volet santé des contrats urbains de cohésion sociale, ateliers santé ville…) par des partenaires institutionnels, privés, associatifs ou par des professionnels. Pour accompagner ce mouvement dans les territoires, aider à la mise en place de coordinations et y développer une culture de la transversalité, le RFVS s'est structuré sur des bases régionales. Aujourd'hui, six réseaux régionaux sont en ordre de marche. C'est une étape d'organisation supplémentaire qui offre des espaces de travail adaptés aux évolutions de la santé publique suite à la loi HPST et qui accompagne le changement.

Gageons qu'il y aura d'autres changements et d'autres évolutions. Le RFVS ne manquera pas de s'y adapter. Et ce, pour deux raisons : d'abord parce que le concept « ville-santé » qui le sous-tend est un concept dynamique qui se veut en constante évolution, suivant au plus près les adaptations des contextes sociaux, démographiques et épidémiologiques, les développements technologiques et les nouvelles découvertes scientifiques. De ce fait, il engage les élus et les techniciens qui y adhèrent à être dans une attitude d'écoute active de notre société. Ensuite, parce que ce réseau national se nourrit de la réflexion prospective du réseau européen coordonné par le Bureau européen de l'OMS basé à Copenhague, sous la direction éclairée d'Agis Tsouros. Actuellement, quatre villes françaises – Rennes, Dunkerque, Nancy et Grasse – ont rejoint ce cercle fermé. Cette reconnaissance supplémentaire, issue d'une démarche de labellisation exigeante, salue leur engagement particulièrement volontariste au service de la santé pour tous. En retour, les villes choisies se doivent de relayer auprès de leur réseau national d'origine les travaux du réseau européen qui travaille par grandes phases. La phase V, qui s'achèvera en 2013, s'était fixée trois thèmes principaux dont on voit clairement l'actualité : l'instauration de contextes de sollicitude et de soutien, la promotion d'une vie saine, et la création d'environnements et d'aménagements urbains respectueux de la santé touchant aux questions du logement et de la rénovation, aux mobilités, aux changements climatiques et à la sécurité.

À l'heure où la ville de Nancy transmet la présidence à la ville de Grenoble, l'OMS lance sa grande déclaration de politique générale intitulée « Santé 2020 ». Parallèlement, le Réseau européen des villes-santé va débuter une sixième phase de travaux. Nourri de cette réflexion prospective, le RFVS s'ancre plus que jamais dans les territoires grâce à l'action locale de ses membres et le déploiement de ses réseaux régionaux. Fort du long et fructueux travail déjà accompli, il possède aujourd'hui « les racines et les ailes » qui vont lui permettre de conserver son dynamisme et d'amplifier son action face aux nouveaux défis sanitaires de demain.

Fonction et rôle des médecins territoriaux : les enjeux de santé publique

Faouzia Perrin
Médecin directeur, direction Santé publique et environnementale, ville de Grenoble
Guillaume Le Mab
Médecin responsable veille sanitaire, Service de la prévention et des actions sanitaires, CG 93

Les médecins territoriaux sont des agents territoriaux, contractuels, vacataires ou titulaires, qui appartiennent à la moins connue des trois fonctions publiques (territoriale, d'État et hospitalière). Ils ont un statut public régi par un décret précisant les modalités de leur recrutement, le déroulement de leur carrière, leurs fonctions, leur formation initiale. Le décret n° 92-851 du 28 août 1992 porte statut particulier du cadre d'emploi des médecins territoriaux au sein de la filière sanitaire et sociale de la fonction publique territoriale (FPT). Particularité territoriale, ils sont inscrits sur une liste d'aptitude obtenue par la réussite au concours, puis recrutés sur entretien par un jury après candidature sur un poste ouvert par une collectivité.

Ils font partie des effectifs de la plupart des collectivités locales et d'une grande diversité de services : médecine du travail, pompiers, protection maternelle et infantile (PMI), centre de planification et d'éducation familiale (CPEF), autonomie : personnes handicapées et personnes âgées, centre de santé, service communal d'hygiène et de santé (SCHS), insertion, santé publique (cancer, vaccinations, tuberculose), centre de dépistage anonyme et gratuit du sida (CDAG) ou centre d'information de diagnostic et de dépistage des infections sexuellement transmissibles (Ciddist) ; et de fonctions : médecin clinicien et/ou de santé publique, responsable d'équipe médico-sociale, directeur, coordonnateur, conseiller technique.

Pour l'Observatoire de l'emploi des métiers et des compétences de la FPT [14] (chiffres parus en 2010), ils sont 3 160 titulaires et 4 470 non titulaires, soit 9,9 % de la filière sanitaire et sociale. Une description fine de leurs fonctions et missions a été réalisée par une enquête publiée par le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) en 2000, qui doit être reconduite. D'après une enquête quantitative menée par l'Institut national d'études territoriales (Inet) *Place et rôle des médecins dans le service public local* publiée en juin 2000, l'étude de la répartition du volume d'activité par statut montre que, si les titulaires ne représentent que 28 % des médecins employés par les collectivités, ils assurent 60 % de l'activité. Par ailleurs, 87 % des non-titulaires ont des activités cliniques.

Un positionnement au cœur des problématiques de santé locales

Leur rôle est essentiel en santé publique dans un paysage aujourd'hui dominé par les questions d'accès territorial et social aux soins et à la prévention, et marqué par l'impact des comportements et de l'environnement sur la santé. « *Maillon essentiel entre population et responsables de politiques de santé* », nous disent Anne Riffaud et Évelyne Coulouma dans leur article paru dans la revue *Santé publique* en 2007 [65] ; ils maillent le territoire au plus près des populations vulnérables, notamment dans les zones déficitaires, au sein d'équipes pluridisciplinaires, ils y assurent de multiples interfaces notamment avec l'hôpital. Ils élaborent et mettent en œuvre des projets de service et des programmes de santé publique, locaux et partenariaux, ils participent à la conception, à l'exécution et à l'évaluation de politiques de santé de leur collectivité. Ils exercent les missions de santé, de compétences obligatoires et facultatives, de leur collectivité, financées par la dotation globale de fonctionnement à la décentralisation ou par convention, ainsi que des actions dans des domaines non réglementés sur la base de financements sur appel à projets ou par volontarisme de leur collectivité, ils participent aux dispositifs contractuels de celle-ci avec l'État ainsi qu'avec les autres collectivités territoriales.

Repérer des besoins, évaluer, développer une approche de santé publique globale sur un territoire en mobilisant l'action intersectorielle, être force de proposition et d'aide à la décision en santé, travailler en réseaux et en mode projets sont leur quotidien. Ils se trouvent à la croisée des politiques nationales, puisque la santé est une politique de l'État devant s'appliquer dans tous les territoires de la nation, régionales avec les agences régionales de santé et locales par les compétences des collectivités aux prises avec des logiques descendantes et ascendantes. Ils sont à la croisée du soin, du préventif, de l'éducatif, du social, de l'environnemental, de l'urbain, aux prises avec des logiques verticales et horizontales. Entre décideurs et acteurs, ils conjuguent expertise et management, administratif, juridique et médical, entre leur collectivité et les différents secteurs encore très cloisonnés de notre système sanitaire et médico-social. Ils expérimentent ainsi quotidiennement de nouvelles formes d'intervention en santé publique. Il serait souhaitable qu'ils aient toute leur place dans les cercles nationaux de réflexion stratégique et scientifique et que, à l'instar de la Haute École de santé publique, le CNFPT, leur organisme de formation statutaire, comporte une mission recherche, ce qui n'est pas le cas.

Une profession peu connue

Nombreux, exerçant de multiples fonctions et métiers de forte utilité, dans des territoires de proximité, ils sont cependant peu connus. Il convient de distinguer ce qui est de la méconnaissance de la fonction publique territoriale dans son ensemble de ce qui est de celle des médecins au sein de la fonction publique territoriale. L'édito de la

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 66.

Gazette des communes de l'été 2004 : « Les territoriaux silencieux », est à ce titre intéressant. Il s'adressait à l'ensemble des territoriaux dans le contexte de la promulgation de la loi de décentralisation du 13 août 2004 et de la première grande loi de santé publique du 9 août 2004 depuis celle de 1902. La loi relative aux libertés et aux responsabilités locales du 13 août 2004 organisait en fait la recentralisation des missions de santé publique confiées aux collectivités locales.

Répondant par l'affirmative à la question : « *Les territoriaux ont-ils des choses à dire sur la décentralisation en cours ?* », la *Gazette* proposait les hypothèses suivantes pour expliquer l'inaudible territorial : « *l'éparpillement du monde territorial en de multiples associations, la faiblesse des structures représentatives,, la prudence d'une jeune fonction publique, ou la paresse des grands médias qui connaissent moins le monde territorial* » [27].

Les médecins territoriaux sont bien des territoriaux tels que cet édito l'illustre, mais ils sont aussi doublement « *attachés à leurs territoires* ». D'une part, leur mode de recrutement leur permet de choisir là où ils vivent et travaillent, d'autre part, sous la pression d'un contexte économique et social dégradé affectant le secteur associatif du champ de la santé comme les services publics de proximité, leurs charges de travail se sont fortement accrues. Tout cela réduit fortement leur disponibilité pour se rendre visibles au plan national.

Des missions et pratiques évolutives

Les actions et les pratiques des médecins territoriaux évoluent constamment du fait de la capacité d'initiative, d'autonomie et d'expérimentation des collectivités locales, mais aussi des fréquentes adaptations d'organisation et d'exécution imposées par des politiques publiques en perpétuel changement. Les missions initialement décrites par le décret de 1992 se sont élargies et modifiées dans les faits : exercice des missions de santé publique dans un cadre conventionnel depuis août 2004, création des maisons départementales de l'autonomie (loi de 11 février 2005[5]), généralisation des ateliers santé ville (circulaire DIV du 9 mars 2006), maisons pluridisciplinaires de santé (loi sur l'aménagement du territoire), PMI et protection de l'enfance (loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance), contrats locaux de santé (loi du 21 juillet 2009 Hôpital, patients, santé et territoires)…

Les contrats locaux de santé viennent réinterroger la politique de santé locale. Cette contractualisation sollicite directement les responsables municipaux de la santé et oblige toutes les personnes concernées à se mettre autour de la table pour construire le contenu du contrat. Elle sollicite aussi, bien que plus indirectement, les médecins de PMI et les médecins responsables de programme des conseils généraux, qui sont généralement des partenaires de fait des services municipaux.

5. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées,

On notera que ce contrat n'est pas proposé de manière tout à fait égalitaire entre les parties, puisqu'il est disposé dans la loi qu'il représente un outil de mise en œuvre de la politique régionale, donc de l'agence régionale de santé, ce qui influence les enjeux respectifs des parties en présence. La création des contrats locaux de santé, sous l'égide des ARS après celle des ateliers santé ville dans le cadre strict de la politique de la ville, peut être interprétée comme un premier signe tangible d'une évolution générale vers une organisation plus locale de la santé et des soins ambulatoires, correspondant alors beaucoup plus à une organisation ascendante de l'offre en fonction des besoins.

L'action sur l'offre de soins

Compte tenu des mutations actuelles de l'offre de soins, les médecins territoriaux ont aussi, dans le cadre des contrats locaux de santé ou en dehors de ceux-ci, à coordonner des projets de réaménagement du système de soins au local. En lien avec la délégation territoriale de l'ARS, ils interviennent à des degrés divers, au nom de leur collectivité, pour susciter, accompagner, voire coordonner des projets de maisons de santé pluridisciplinaires, de pôles de santé, de centres de santé ou même de cabinets de groupe. Le regain d'intérêt pour les centres de santé accentue le rôle pouvant être joué par ceux-ci dans la coordination des soins de diverses natures. La concentration simultanément des missions de l'hôpital sur des plateaux techniques de plus en plus spécialisés, reniant ses missions d'« hospitalité », appuie l'hypothèse du renforcement d'un niveau local d'organisation de la médecine et de la santé de proximité avec une coordination municipale ou inter-communale.

Le Réseau français des villes-santé de l'OMS constitue également un point d'appui important pour le développement d'un système de santé local. Les « villes-santé » ont conçu des programmes basés sur les concepts de promotion de la santé, concepts communs au développement durable, axe structurant de plus en plus les politiques territoriales.

On voit que le rôle du médecin territorial dépasse le cadre fixé initialement pour s'étendre à l'articulation et la coordination des enjeux de santé publique portés par les contrats locaux de santé ou d'autres projets, souvent rassemblés dans les parties des programmes (plans, projets) locaux (municipaux) de santé ne recouvrant pas nécessairement les actions des CLS.

La formation initiale des médecins territoriaux : un enjeu de santé publique

Les évolutions en cours, ou plus hypothétiques, rendent nécessaires l'organisation et la mise en œuvre d'une solide formation en santé publique pour les médecins territoriaux, à la hauteur de leurs missions et des enjeux de santé publique au centre desquels ils sont amenés à se trouver dans l'exercice de leurs fonctions.

La double appartenance des médecins territoriaux, inscrits au tableau de l'Ordre, soumis aux mêmes obligations

déontologiques que leurs confrères[6] et cadre A + de la fonction publique au même titre que les administrateurs territoriaux, est un atout unique. En effet, ils constituent l'encadrement adapté et indispensable au pilotage et au déploiement d'une politique nationale et locale de santé publique au sein des collectivités locales. Mais cet atout comporte une exigence de formation encore plus étendue, mixte, médicale et administrative. Le décret d'application de la loi de modernisation de la fonction publique territoriale (loi 2007-148) réduit à la portion congrue la formation initiale des médecins territoriaux, ce qui est donc très dommageable ainsi que l'ont souligné plusieurs questions parlementaires pour le moment non prises en compte[7]. Cette réforme a mis à mal l'important travail qui avait été conduit par les associations professionnelles à la demande du CNFPT (livre blanc) [35], et traduit par une refonte de la formation initiale entreprise par le CNFPT en 2006 adaptée à la complexité et à la spécificité de leurs missions.

La situation paradoxale des médecins territoriaux, inaudibles au regard des enjeux qu'ils représentent, est peut être le deuxième paradoxe français, joint à celui d'avoir un système de santé considéré comme le meilleur au monde, alors que nous cumulons le plus d'inégalités d'Europe. Ces deux paradoxes ne sont peut-être pas sans lien, mais cette question dépasse le cadre du présent article.

6. « Qui sont les médecins territoriaux ? » http://infos.emploipublic.fr/2010/07/01/qui-sont-les-medecins-territoriaux/

7. Questions parlementaires de S. Renucci, M. Destot, F. Deluga.

Apport des collectivités territoriales à la santé

Les apports des collectivités territoriales aux politiques de santé publique ne font plus de doute. Ils sont jugés importants par la proximité des collectivités avec les populations, notamment en ce qui concerne la prévention. Ils ont également un rôle structurant pour l'offre de soins.

Collectivités territoriales et santé : analyse des rapports publics

Didier Febvrel
Médecin territorial de santé publique, membre du HCSP

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 66.

Plusieurs institutions et instances (Conseil national des villes, Sénat, Assemblée nationale, Cour des comptes, Conseil économique, social et environnemental) ont publié ces trois dernières années, au cours de la mandature précédente, des rapports et avis sur le système de santé et la prévention [13, 21, 24, 28, 54, 63]. Il était alors intéressant d'analyser de quelle manière elles considéraient le rôle et la place des collectivités territoriales.

Le Conseil national des villes (CNV), instance consultative placée auprès du Premier ministre, composé pour environ la moitié d'élus locaux ou nationaux[1], a publié, le 13 octobre 2011, un manifeste sur la santé dans les quartiers de la politique de la ville [54].

Cette contribution traduit le soutien constant de cette instance au développement du volet santé dans les politiques de la ville. Elle marque ainsi à quel point des collectivités territoriales ont contribué, par le biais de la politique de la ville, à la mise en œuvre d'une politique de santé publique de proximité.

Ce manifeste rappelle l'enjeu crucial de la lutte contre les inégalités territoriales de santé et appelle, pour cela, les collectivités territoriales à « *entrer dans la boucle sanitaire* » en « *recherchant, poursuivant et amplifiant les initiatives* ».

Il souligne que les actions devraient s'appuyer sur une conception large de la santé « *du mental à l'environnemental* », thématique, par essence, transversale, c'est-à-dire liée aux autres politiques publiques qui peuvent à la fois intégrer des aspects sanitaires et avoir un impact sur la santé des populations (logement, transport, cadre de vie, équipements, niveau des services…). Le CNV appelle notamment au « *rapprochement entre le monde de l'urbanisme et celui de la santé* ».

Le CNV souligne particulièrement trois domaines de développement : l'éducation pour la santé (qui doit rester une priorité de l'État), l'accès aux soins des plus démunis et le maintien d'une veille technique et d'une observation permanente.

Le rapport d'information du 14 juin 2011 sur les territoires et la santé, fait au nom de la Délégation aux

1. Qui a pour mission de conseiller le gouvernement sur l'élaboration de la politique de la ville, le développement social urbain et les nouvelles formes de démocratie de proximité et de participation des habitants.

collectivités territoriales et à la décentralisation, du Sénat [13], peut être mis en regard du manifeste du CNV dans la mesure où la délégation s'empare de cette question sous le regard des élus locaux, considérant qu'ils étaient partie prenante et qu'une « *politique de protection de la santé* » devait intégrer leurs attentes et leur rôle.

Faisant le constat que le « *système de santé reste malade* », le rapport avance que les différentes manières de concevoir la santé déterminent l'implication des collectivités territoriales.

En tant que compétence, le rôle des collectivités territoriales peut être considéré comme « résiduel », mais une politique de santé publique de proximité, en particulier dans le champ de la prévention, nécessite la collaboration des collectivités territoriales. Celles-ci étant associées à la gouvernance du système de santé en disposant au sein des agences régionales de santé (ARS) d'une représentation que le rapport qualifie de non essentielle mais de pas négligeable non plus. Les ARS auraient été conçues, selon le rapport, pour être « *des partenaires des collectivités territoriales* » eu égard au rôle d'opérateur déjà joué par celles-ci, partenariat qui peut être officialisé dans des contrats locaux de santé (CLS) dont les contours et les modalités restent « volontairement » flous.

La Délégation sénatoriale note, par ailleurs, que l'implication des collectivités territoriales est nécessaire quand la santé est définie « *en tant qu'objectif d'intérêt général* ». La santé est une « *compétence transversale* », les actions de « *protection de la santé* » supposant « *l'activation de multiples leviers* » relevant de la compétence des collectivités territoriales (formation, environnement, enseignement, sport, transport, etc.). Chaque niveau des collectivités territoriales (commune, département, région) ayant des rôles bien différenciés dans ce domaine.

Enfin, quand il s'agit de la santé « *en tant que préoccupation d'ordre privé* », alors elle devient un « *facteur essentiel de l'attractivité d'un territoire* » et « *source d'attentes d'initiatives locales pour les citoyens* » notamment pour améliorer l'accès aux soins.

C'est cette dernière conception qui fonde alors la suite du rapport qui va se préoccuper exclusivement du rôle que peuvent et devraient jouer les collectivités territoriales pour le « *maintien d'une offre des soins à la hauteur de la demande des citoyens* ». L'ensemble des 21 propositions du rapport va concerner un domaine qui relève de la compétence de l'État : propositions pour « *endiguer le dépeuplement médical dans les zones fragiles* » et « *optimiser le temps médical* ».

Aucune recommandation ne porte sur l'implication des collectivités territoriales quand la santé est définie « *en tant qu'objectif d'intérêt général* » et « *compétence transversale* », pourtant jugée comme nécessaire.

Certes, c'est une question importante que celle de la réduction des inégalités territoriales dans l'offre de soins de proximité, mais elle ne peut pas résumer à elle seule l'implication des collectivités territoriales pour améliorer la santé dans les territoires.

Les collectivités territoriales et la prévention

Les autres avis et rapports portent sur la prévention et délivrent, sur ce domaine, des préconisations qui intéressent au premier chef les collectivités territoriales.

Le Conseil économique, social et environnemental (CESE) publie, le 21 février 2012, un avis sur les enjeux de la prévention en matière de santé, pour laquelle il souligne les disparités régionales et intra-régionales [28].

Les collectivités territoriales sont abordées comme une des instances chargées de la santé, instances que le CESE estime insuffisamment coordonnées.

Le CESE préconise la promotion d'une « *culture collective de la prévention* » avec « *l'implication de tous les citoyens à chaque étape de leur vie* » par l'instauration d'un parcours de prévention « *citoyen* », d'une sensibilisation à l'école et dans les entreprises et par un renforcement de la formation initiale des professionnels de santé.

Pour promouvoir un environnement plus favorable à la santé, le CESE préconise une « *meilleure responsabilisation de la collectivité, dans les activités économiques, au niveau de l'habitat ou du cadre de vie et en rendant accessible une alimentation saine* ».

La place des collectivités territoriales franciliennes dans la politique de santé publique

L'Observatoire régional de santé d'Île-de-France (ORS IDF) a publié, en novembre 2008, un document qui propose une évaluation de la place des collectivités territoriales franciliennes dans la politique de santé publique depuis la loi du 9 août 2004 et avant la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) [24].

L'ORS IDF note que les collectivités territoriales de la région IDF ont un engagement qui dure en matière de santé publique et sont incluses dans les instances régionales pilotes de la politique de santé publique (groupement régional de santé publique, conférence régionale de santé).

L'ORS IDF met en avant trois types de contribution qui peuvent se cumuler : pilote et financeurs, cofinanceurs des actions ou porteurs de projets.

L'ORS IDF indique des apports réciproques à la politique de santé publique pour la définition du cadre référentiel qu'ont constitué les GRSP.

Au vue de cette évaluation, il serait opportun d'observer l'évolution de l'implication des collectivités territoriales après quelques années d'application de la loi HPST et de mise en place des ARS.

La Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, en date du 8 février 2012, publie un rapport d'information sur la prévention sanitaire, en conclusion des travaux de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale [63].

Pour la commission, les collectivités territoriales font partie du foisonnement d'acteurs aux interventions multiples et dont les compétences sont insuffisamment différenciées de celles de l'État (absence de coordination et frontières incertaines).

Le rapport indique que l'implication des collectivités territoriales dans des actions de prévention est un atout majeur, en soulignant toutefois que celle-ci est variable et dépend de la participation des élus et de la taille de la collectivité.

La commission préconise une politique de prévention pilotée, coordonnée et innovante et, dans ce cadre, une seule recommandation pourrait concerner les collectivités territoriales, au niveau du pilotage territorial, quand il s'agit « *de renforcer au niveau régional le rôle des conférences régionales de santé* » dans lesquelles les collectivités territoriales sont représentées.

L'Assemblée nationale propose de repenser certaines actions traditionnelles (vaccinations, lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme et l'obésité, bilans de santé personnalisés et dépistages). Elle préconise de développer des actions d'éducation et de promotion de la santé à l'école (instruction sanitaire obligatoire durant la classe de CM2, encourager la participation des enseignants et favoriser l'accueil d'intervenants extérieurs). La complémentarité des acteurs doit être recherchée dans le domaine de la santé au travail et dans celui de la santé scolaire.

Enfin, l'Assemblée nationale recommande la lutte contre les inégalités sous deux axes : « *Développer la visite à domicile dans les familles en situation précaire dans le cadre de la Protection maternelle et infantile (PMI) et favoriser l'égal accès à la prévention sur tout le territoire en assurant une présence médicale équilibrée.* »

La Cour des comptes a réalisé une enquête sur le bilan et l'évaluation de la prévention en santé, à la demande de la Commission des affaires sociales et de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale de l'Assemblée nationale et qui a fait l'objet d'une communication en octobre 2011 [21].

Le choix de la Cour des comptes a été de centrer l'enquête « *sur la gouvernance et les processus de gestion des actions de prévention proprement sanitaire, c'est-à-dire dépendant du ministère de la Santé dans la définition de leurs objectifs et reposant essentiellement sur le système de soins* », ce qui, dans leur mise en œuvre, exclut en grande partie les collectivités territoriales. Malgré tout, le texte fait état, dans un chapitre sur le pilotage national, de la possibilité pour les ARS de conclure des contrats locaux de santé avec les collectivités territoriales, et le rapport de noter que « *le maire semble être, de l'avis de l'Institut national de la prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), l'interlocuteur à privilégier pour assurer la diffusion des actions et des pratiques de prévention* ».

Force aussi est de constater que les différentes contributions se réfèrent à des définitions et des conceptions diverses de la prévention, parfois tellement floues et variables qu'il est difficile de savoir de quoi il est question en matière de prévention.

Les différents rapports insistent par ailleurs sur la promotion de bonnes pratiques en matière de prévention.

La Cour des comptes recommande l'élaboration de « *référentiels visant à améliorer la qualité des pratiques préventives, indépendamment de l'attribution de moyens dédiés* ».

Le CESE vise, en s'appuyant sur des instances (Inpes, Haut Conseil de la santé publique, Haute Autorité de santé), à « *fonder de nouvelles approches en prévention* » par l'élaboration d'une « *charte des bonnes pratiques* » en matière de communication et par un meilleur partage des connaissances.

L'Assemblée nationale propose de « *repérer, évaluer et diffuser les bonnes pratiques expérimentées au niveau local en matière d'éducation et de promotion à la santé, sous l'égide des ARS* ».

La gouvernance fait également l'objet d'une attention particulière pour répondre au défaut de coordination et de cohérence noté dans toutes les contributions. Afin, comme l'indique la Cour des comptes « *de mettre en cohérence l'ensemble des plans concernant la prévention sanitaire, arbitrer les éventuels conflits d'intérêts et renforcer l'efficacité du pilotage de cette politique* ».

Le CESE préconise d'initier une gouvernance nationale de prévention et une déclinaison territoriale adaptée par une « *mission interministérielle de coordination* » des opérateurs publics en lien avec les collectivités territoriales autour d'un « *schéma d'organisation souple (un ou deux objectifs annuels prioritaires)* ».

L'Assemblée nationale recommande « *d'instituer un délégué interministériel à la prévention sanitaire, chargé d'assurer le pilotage politique ainsi que de coordonner les actions entre tous les acteurs* » et d'y rattacher l'Institut national de la prévention et d'éducation pour la santé dont les missions seraient élargies. La Cour des comptes, sur cette question, propose de donner au « *directeur général de la Santé les compétences de délégué interministériel à la prévention sanitaire* » et « *d'élaborer un document de politique transversale (DPT) sur la prévention sanitaire* ».

Le pilotage territorial dans le domaine de la prévention serait, selon ce que préconise l'Assemblée nationale, assumé par les agences régionales de santé dont la « *mission transversale* » serait renforcée.

L'Assemblée nationale recommande aussi, de « *renforcer au niveau régional le rôle des conférences régionales de la santé et de l'autonomie qui définiraient leurs priorités et transmettraient leurs propositions à la Conférence nationale de santé* », qui en proposerait une synthèse au Parlement, ainsi que de « *favoriser des contrats de santé de territoire* ».

Enfin, la nouvelle loi de santé publique annoncée est une perspective estimée importante pour le développement de la prévention.

Le CESE préconise d'en renforcer le volet prévention en l'axant sur des priorités et des stratégies plus concises, un « *pilotage clair assorti des financements nécessaires* » et un volet spécifique pour les jeunes.

Dans le même ordre d'idées, l'Assemblée nationale recommande de « *fixer un nombre limité de priorités dans la nouvelle loi de santé publique* », ce que propose également la Cour des comptes qui précise que leur mise en œuvre se ferait « *dans le cadre d'un nombre restreint de plans structurés de santé publique disposant de moyens financiers propres* ». Plans dont l'élaboration devrait suivre « *les recommandations du guide méthodologique produit par la Direction générale de la santé* ».

Le Parlement, pour l'Assemblée nationale, « *débattrait de l'orientation de ces priorités et de l'affectation de leurs moyens humains et financiers* ».

Ainsi, si le rôle et la place des collectivités territoriales sont jugés comme importants dans le système de santé, ne serait-ce que pour leur proximité avec les besoins des populations, il convient de constater que les contours et les modalités de leur implication ne sont pas bien précisés, sauf dans le cadre de la politique de la ville que ce soit dans le champ de la gouvernance du système de santé ou dans celui du renforcement d'une politique de prévention.

Les inégalités sociales et territoriales de santé en milieu urbain : enseignements de la cohorte SIRS

Pierre Chauvin
Médecin et épidémiologiste, directeur de recherche à l'Inserm, UMRS 707, Inserm-UPMC, Paris, membre du HCSP
Isabelle Parizot
Sociologue, chercheuse au CNRS, centre Maurice Halbwachs, CNRS-EHESS-ENS, Paris
Julie Vallée
Géographe, chercheuse au CNRS, Géographie-Cités, CNRS, universités Paris 1 et Paris 7, Paris

Depuis 2009 et la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST), on assiste en France à une tendance forte à la territorialisation des politiques, des programmes et – en amont ou en aval – des observations et des diagnostics en santé. Les bénéfices espérés sont, entre autres, une meilleure adéquation des besoins des personnes et des populations aux ressources et services de santé, une meilleure efficience de l'organisation des soins et une réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Pour la recherche en santé publique, il s'agit de mettre à l'épreuve les hypothèses implicites (aussi séduisantes soient-elles) qui sous-tendent cette mobilisation accrue du territoire, en intégrant d'une part les travaux de sciences sociales (notamment en géographie et en sociologie), qui soulignent la nécessité de prendre en compte la complexité multiscalaire de l'espace de même que l'importance des interactions entre les structures socio-spatiales et les pratiques des habitants et, d'autre part, ceux d'épidémiologie sociale qui s'attachent à distinguer l'impact des facteurs sociaux et des conditions de vie individuels (y compris dans leur dimension biographique) de celui des facteurs « authentiquement » contextuels.

Depuis plus d'une quinzaine d'années, de nombreuses études ont mesuré l'influence de l'espace, souvent appréhendé au niveau du quartier de résidence, sur différents indicateurs de santé des individus (comportements alimentaires, addictions, santé physique ou mentale, recours aux soins, etc.). Depuis plus longtemps encore, d'autres travaux ont démontré l'influence, pour la santé des personnes, de leur situation socio-économique, de leurs conditions de vie et de leurs « conditions néo-matérielles » d'existence (liées aux modes de vie dans les sociétés postindustrielles : habitudes de loisirs, possession de certains biens de consommation, accès aux moyens de communication, etc.), de leur insertion sociale, de leurs expériences et représentations (personnelles ou familiales) liées à la santé, à la maladie et aux soins, etc. L'un des enjeux actuels est de parvenir à intégrer ces différents constats dans des modèles explicatifs qui soient les plus complets possibles, notamment pour guider – un tant soit peu – la décision en santé publique. Après avoir développé quelques exemples d'inégalités de santé et de recours aux soins dans l'agglomération parisienne qui vont dans ce sens, nous reviendrons sur certains enjeux méthodologiques et conceptuels qui sont, de notre point de vue, majeurs dans l'approche des liens entre territoires et santé.

Dans la cohorte SIRS, 50 quartiers (plus précisément 50 Ilots regroupés pour l'information statistiques (IRIS), unités agrégeant les îlots de recensement en comptant environ 2 300 habitants et s'étendant sur 0,25 km^2 en moyenne dans l'agglomération parisienne) ont été tirés au sort – une fois pour toutes en 2005 – parmi les 2 595 IRIS de Paris et de la première couronne de départements (Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis et Val-de-Marne), en surreprésentant les quartiers défavorisés. Puis 60 logements ont été tirés au sort dans chacun de ces IRIS et un adulte a alors été tiré au sort par logement pour être interrogé en face-à-face à domicile. Une seconde vague d'enquête a été réalisée par téléphone en 2007 et une troisième vague, de nouveau en face à face comme lors de l'inclusion, en 2010. En 2010, 47 % des adultes inclus en 2005 ont pu être réinterrogés (2,6 % étaient décédés, 1,8 % trop

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 66.

malades pour participer, 13,9 % avaient déménagé en dehors des IRIS sélectionnés, 2,7 % étaient absents à la période de l'enquête, 18,4 % ont refusé de répondre et 13,4 % ont été « *perdus de vue* » sans nouvelles). Les personnes qui n'ont pas pu être réinterrogées ont été remplacées par d'autres, tirées au sort dans le même IRIS. Le taux de refus des nouveaux enquêtés était, en 2010 comme en 2005, de 29 %. L'échantillon final, qui comprend 3 000 adultes francophones, est redressé pour prendre en compte la stratégie d'échantillonnage, puis recalé par âge et sexe d'après le recensement général de la population.

Un des objectifs de la cohorte SIRS est d'étudier les inégalités socioterritoriales de santé en analysant *simultanément* – par des modèles statistiques spécifiques (hiérarchiques et/ou spatiaux) – les impacts respectifs (et éventuellement conjugués) de caractéristiques sociales individuelles et de caractéristiques territoriales (comme, par exemple, l'offre de services, et notamment de soins) sur la santé et le recours aux soins. De telles analyses permettent de distinguer ce qui, dans les inégalités de santé constatées, relève de la composition sociale et démographique des populations en lien avec les mécanismes de ségrégation résidentielle (« *les effets de composition* ») et/ou ce qui relève à proprement parler de l'influence des lieux (« *les effets contextuels* »).

Résultats et enseignements

En nous intéressant au recours au frottis du col de l'utérus (FCU) par exemple, à savoir un recours à un examen de dépistage médicalisé qui ne fait pas l'objet d'un programme organisé, nous avons montré que sa fréquence dépendait à la fois de caractéristiques « matérielles » (niveau de revenus, couverture maladie, mais aussi de caractéristiques psychosociales (niveau d'études, vie en couple) et démographiques (origines migratoires). On observe notamment un fort gradient entre les femmes françaises nées de parents français, les Françaises issues de l'immigration et les immigrées, qui persiste après avoir pris en compte les différences socio-économiques et ce, y compris chez celles suivies régulièrement en médecine générale [34]. Nous avons également montré qu'après ajustement sur les caractéristiques socio-économiques et démographiques individuelles des femmes, le recours au FCU restait inégal en fonction des quartiers de résidence. Le niveau socio-économique du quartier, les habitudes « moyennes » de prévention observées dans le quartier et la densité médicale (en généralistes ou gynécologues libéraux) étaient tous les trois fortement associés au recours au FCU, mais uniquement pour les femmes dont la mobilité quotidienne était concentrée sur leur quartier de résidence. De par leurs espaces réduits d'activités, ces femmes se trouvaient en effet fortement dépendantes des opportunités et des contraintes de leur quartier de résidence [70]. Dans la mesure où les personnes ayant une mobilité spatialement réduite sont également souvent les plus défavorisées, ces résultats montrent de façon frappante de quelle manière l'accumulation des facteurs sociaux péjoratifs (individuels et territoriaux) peut exacerber l'ampleur des inégalités de santé et de recours aux soins.

Pour le dépistage du cancer du sein (organisé celui-là), les inégalités sociales étaient moins importantes et surtout, après ajustement sur les caractéristiques individuelles des femmes, nous ne retrouvions plus de différences significatives entre les quartiers de résidence. En d'autres termes, les inégalités territoriales observées étaient, pour ce dépistage, presque entièrement expliquées par l'effet de composition des quartiers – la répartition spatiale de l'offre de soins n'étant pas ici un facteur discriminant. C'était le cas également, pour prendre d'autres exemples, des recours aux soins dentaires ou encore du renoncement aux soins pour raisons financières [64], pour lesquels les facteurs individuels (socio-économiques ou psychosociaux, comme la qualité de la couverture maladie ou encore l'isolement social et l'origine migratoire) permettaient d'expliquer à eux seuls les fortes inégalités territoriales observées, sans qu'aucun facteur contextuel ne soit identifiable dans nos analyses.

La cohorte SIRS

La cohorte SIRS (Santé, inégalités et ruptures sociales) [18] suit depuis 2005 un échantillon représentatif de 3 000 adultes de l'agglomération parisienne dans le cadre d'un programme de recherche pluridisciplinaire. Il s'agit de la première cohorte représentative de la population générale constituée spécifiquement pour l'étude des déterminants sociaux et territoriaux de la santé et du recours aux soins. De nombreuses caractéristiques sociales et sanitaires sont recueillies auprès des personnes enquêtées. Trois dimensions sont particulièrement étudiées et ont justifié la mise en place de cette cohorte : les effets des liens sociaux et de l'insertion dans les différentes sphères de sociabilité sur les comportements liés à la santé (incluant les recours aux soins curatifs et préventifs) ; la santé des immigrés et des Français issus de l'immigration ; et, enfin, le rôle des espaces de vie des populations (appréhendés à l'aide d'un système d'information géographique dans lequel l'adresse de résidence des personnes interrogées ainsi que celle de certaines de leurs destinations quotidiennes sont intégrées).

C'est bien tout l'intérêt de ce type d'approches : elles fournissent une grille d'analyse, notamment aux décideurs et aux planificateurs de programmes ou de services de santé qui peuvent ainsi cibler soit des populations, soit des territoires, soit les deux, qui seraient susceptibles de bénéficier d'actions spécifiques en santé… ou de souffrir plus que d'autres d'une offre de services réduite. Ces quelques exemples montrent que si certains facteurs individuels sont très souvent associés à des difficultés en matière de recours aux soins, l'effet d'autres variables – en particulier contextuelles – n'est pas systématique et peu transposable d'un indicateur sanitaire à un autre.

Concernant l'état de santé des personnes, de même, on observe bien souvent des inégalités entre territoires, que ces dernières relèvent principalement de facteurs individuels (liés à leur vie passée et actuelle) et/ou qu'elles renvoient à des interactions entre les caractéristiques des personnes et celles de leurs environnements de vie (notamment résidentiels). Les données de la cohorte SIRS montrent par exemple une prévalence de l'obésité variant du simple au double entre les quartiers classés en zones urbaines sensibles (ZUS) et les quartiers les plus riches de l'agglomération. Ces inégalités étaient fortement liées au profil social et économique des habitants mais renvoyaient simultanément, toutes choses égales par ailleurs concernant les caractéristiques individuelles, à l'offre alimentaire et au type d'urbanisation des quartiers de résidence [15]. En étudiant les questions de santé mentale, en l'occurrence la dépression, nous avons également souligné combien les habitants des quartiers défavorisés s'avéraient plus que les autres affectés. Le risque de dépression au jour de l'enquête était lié à certains évènements biographiques (dans l'enfance comme à l'âge adulte), à l'isolement social et à l'espace d'activité des individus, ainsi qu'aux caractéristiques sociales et économiques de leurs quartiers de résidence. Ainsi, si certains des mécanismes à l'origine des inégalités de santé sont concordants pour différentes pathologies, ce qui dans les parcours biographiques et dans les environnements de vie influence le plus l'état de santé des personnes (et par conséquent les caractéristiques des programmes à mettre en place) n'est évidemment pas extrapolable et transposable directement d'une maladie à une autre.

Quelques questions et enjeux de méthodes

Au cours des dernières années, l'accès croissant aux données agrégées à des échelles territoriales fines (au niveau communal ou infra-communal) et l'utilisation accrue des systèmes d'information géographiques ont donné lieu à de plus en plus d'analyses géographiques écologiques des inégalités sociales de santé, dans lesquelles les facteurs territoriaux sont souvent analysés seuls, faute (et à la place) de données socio-économiques individuelles disponibles. De telles approches présentent des avantages certains, notamment en termes de coût, de facilité d'analyse et de disponibilité des données. Pour autant, cet engouement ne doit pas faire oublier le risque – classiquement dénoncé en épidémiologie – d'« erreur écologique », qui devrait interdire toute extrapolation, inférence ou « transfert » directs au niveau des individus de ce qui a été observé au niveau agrégé (même au niveau le plus fin soit-il : le gain espéré en homogénéité, notamment sociale, des populations à mesure que la maille spatiale rétrécie n'est non seulement pas toujours vérifié, mais n'est qu'un des paramètres qu'il faudrait prendre en compte pour modéliser et estimer statistiquement une telle inférence de façon rigoureuse). Pour chaque variable agrégée (par exemple, le taux de chômage de la ville ou du quartier), l'association éventuellement observée avec un événement de santé peut en effet résulter de la somme de deux phénomènes que les analyses écologiques sont incapables de distinguer : le fait que les chômeurs seraient en effet plus à risque (l'effet individuel du chômage) et le fait que vivre dans un quartier dont le taux de chômage est élevé constituerait un risque, quelle que soit sa propre situation (l'effet contextuel, ou environnemental, de résider dans un tel quartier). Pire, ces analyses écologiques peuvent également mettre en évidence une association alors que ni l'un ni l'autre de ces effets n'existent réellement. Pour distinguer et mesurer l'importance relative des facteurs individuels et contextuels, il convient de recueillir et de modéliser conjointement ces différentes caractéristiques. En ce sens, les méthodes de régression multiniveaux (mobilisées dans nos exemples précédents et qui sont de plus et plus utilisées dans les recherches actuelles) permettent de fournir des conclusions sur les corrélations entre les indicateurs de santé et les caractéristiques individuelles qui ne sont pas entachées de ce risque d'« erreur écologique ».

Pour autant, ces modélisations plus sophistiquées ont elles-mêmes leurs propres limites, que des recherches tentent actuellement de surmonter. L'une d'elles renvoie à l'absence de mesures complètes de l'exposition aux espaces réellement fréquentés par les personnes (notamment le lieu de travail ou d'autres destinations quotidiennes ou régulières). Les populations, en effet, ne sont pas captives de leur quartier de résidence et il convient d'intégrer leurs mobilités résidentielle et quotidienne et de prendre en compte leurs pratiques spatiales et leurs déterminants. En ce sens, les récents projets de recherche qui mesurent de façon objective la mobilité quotidienne des individus grâce aux technologies de géolocalisation en temps réel par GPS sont prometteurs, même si rares sont ceux menés à large échelle et dans des populations représentatives.

Un autre écueil concerne le « maillage » spatial considéré. Il est fréquent de choisir le découpage administratif le plus fin pour lequel les données sont disponibles, alors que rien pourtant ne permet *a priori* de justifier ce choix. À partir de l'enquête SIRS, nous avons ainsi montré que la relation entre la densité médicale à proximité du lieu de résidence et la fréquence des recours aux soins des populations variait selon la

maille spatiale considérée. En calculant des densités médicales à partir de sept découpages spatiaux différents (basés sur le découpage administratif – IRIS, groupe d'IRIS adjacents et communes – ou dérivant d'une grille de taille variable, entre 600 et 1 800 mètres de côté), il a été observé que l'influence de la densité médicale sur le recours au FCU était maximale lorsque des zones géographiques de 1 400 mètres de côté et les groupes d'IRIS adjacents étaient considérés, alors qu'aucune corrélation n'était observée avec les autres découpages (plus petits ou plus grands) [71]. Utiliser un découpage sans cesse plus fin lorsqu'on cherche à mettre en relation les caractéristiques d'un territoire avec un indicateur de santé n'est donc pas toujours pertinent. Réfléchir aux inégalités sociales et territoriales de santé conduit à s'interroger sur la définition même du « quartier ». Tantôt pensé comme un espace de proximité et d'opportunités, un lieu de vie, de création de lien social, de diffusion de normes ou un cadre d'action, celui-ci ne peut être défini de façon unique : chaque habitant se le représente différemment et chacun y vit différemment, notamment en fonction de ses caractéristiques sociales et de celles de son environnement. Dans l'analyse des effets de quartiers sur la santé, l'approche basée sur les individus et leurs représentations cognitives de l'espace reste cependant largement inexplorée alors qu'elle semble déterminante – comme d'ailleurs la dimension subjective, voire symbolique, des conditions de vie et des déterminants sociaux individuels de la santé.

Enfin, la territorialisation de la santé risque également de conduire au « spatialisme », cette approche très critiquée en sciences sociales qui consiste à ne formuler les problèmes qu'en fonction des lieux où ils se manifestent. Cette posture revient alors à confondre problèmes « dans la ville » et problèmes « de la ville » (pour citer J.-P. Garnier) et à ignorer que les structures spatiales résultent de processus politiques et économiques qui se situent souvent à des niveaux supérieurs (régionaux, nationaux, voire mondiaux) mais également à un niveau inférieur : celui des individus et de leurs capacités à mobiliser leur réseau social et les ressources de leur environnement.

Enseignements pour la santé publique

Pour construire, guider ou évaluer des stratégies et des politiques de santé publique territorialisées, les décideurs ont besoin d'une connaissance des situations sociales et sanitaires des populations à l'échelle qui les concerne. Au-delà de constats simplement descriptifs, les chercheurs doivent pouvoir leur fournir des explications sur les processus et les leviers d'action, aussi complexes soient-ils, et la décision devrait en retour, idéalement, en tenir compte. Intégrer les résultats d'une recherche « en mouvement » et, qui plus est, pluridisciplinaire n'est pas la moindre des difficultés, pour les uns comme pour les autres. Bien qu'encore limitées par la disponibilité des données (et des moyens qui y sont consacrés !), les approches qui mobilisent et modélisent des données sociales et sanitaires, objectives et subjectives, à la fois individuelles et agrégées sur différentes mailles territoriales (IRIS, communes, cantons, départements, etc.) connaissent aujourd'hui un certain essor en santé publique. Elles sont, de notre point de vue, particulièrement prometteuses pour répondre à ces besoins.

Le territoire comme élément structurant de l'organisation des soins

Véronique Lucas-Gabrielli
Directrice de recherche, Irdes
Magali Coldefy
Maître de recherche, Irdes

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 66.

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST (2009), a inscrit le « territoire » au cœur de son dispositif. La territorialisation de la santé n'est pourtant pas nouvelle : elle est le fruit d'un long processus dont le point de départ est souvent fixé à la création de la carte sanitaire en 1970, qui a pour objectif de réguler l'offre hospitalière en fixant des indices « de besoin » (en fait, des ratios d'équipements) par secteur et région sanitaires.

La territorialisation croissante de l'action publique en matière sanitaire, c'est-à-dire sa construction à partir des réalités spatiales, s'est imposée de plus en plus à la faveur de multiples facteurs – introduction du PMSI[1] en 1984, constat de disparités de santé réalisé par les observatoires régionaux de santé, implication des géographes dans l'analyse [4]. La territorialisation des politiques de santé, que ce soit à travers la régionalisation ou l'instauration de la carte sanitaire, correspond d'abord à une réponse à la différenciation sociale et territoriale de l'offre de soins et des problèmes de santé [61].

C'est ainsi que les schémas d'organisation des soins (Sros), mis en place en 1994, vont venir compléter la carte sanitaire en identifiant des priorités régionales de santé et en fixant des objectifs qualitatifs adaptés aux spécificités locales, et plus seulement quantitatifs.

1. Le PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information), qui existe depuis 1997, permet d'obtenir des données relatives à l'ensemble des hospitalisations, dans le secteur public ou privé. Ce dispositif, qui fait partie de la réforme du système de santé français visant la réduction des inégalités de ressources entre les établissements de santé, permet de disposer d'informations quantifiées et standardisées sur l'activité des établissements.

Jusqu'en 2003, la carte sanitaire et le Sros ont ainsi constitué les véritables outils de répartition de l'offre de soins, ayant pour objet de « *prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé* » (article L. 712-1 du Code de la santé publique).

Le territoire de santé comme espace d'organisation des soins

En 2003, un changement important se produit : avec l'élaboration des Sros de troisième génération (Sros 3), la carte sanitaire est supprimée, faisant des Sros l'outil unique de planification. Le territoire de santé fait son apparition et devient le cadre réglementaire de l'organisation des soins, se substituant à la carte sanitaire jugée trop rigide et technocratique. Ce changement sémantique (du *secteur* sanitaire au *territoire* de santé) correspond à une évolution importante de la conception de l'espace dans la planification sanitaire : de simple contenant, le territoire devient un élément structurant de l'organisation des soins. Dans ce nouveau contexte, les régions françaises ont donc été incitées – à travers les agences régionales d'hospitalisation (ARH) notamment – à repenser le territoire des soins et son découpage. Seul devait faire l'objet d'une définition géographique précise le territoire de santé en tant qu'espace d'organisation des soins, sur lequel sont fixés les objectifs quantifiés d'offre de soins (OQOS) et négociés les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Le ministre de la Santé demande aux régions « *d'emprunter une voie innovante dans la définition des territoires* » s'affranchissant des traditionnelles limites administratives et tenant compte des réalités locales en considérant les géographies physiques et humaines des territoires et les comportements de la population face à l'offre de soins. Dans cette perspective, il s'agit de mieux comprendre et intégrer les logiques spatiales des comportements de la population, qui ont souvent peu à voir avec les référentiels territoriaux administratifs venant d'en haut – régions, départements, cantons, communes…

La souplesse et la liberté laissées aux régions dans la définition même de ce territoire ont eu pour effet de mettre derrière la notion de « territoire » des réalités, des contenus et des fonctions très variables. La lecture des différents Sros 3 montre que les régions se sont relativement bien emparées des différents outils mis à leur disposition comme la possibilité de créer des niveaux de territoires emboîtés supplémentaires par niveaux de soins[2], ou bien la possibilité de mobiliser différentes natures de territoires pour organiser la prise en charge des patients : territoires d'organisation, de concertation et d'étude. Beaucoup de régions ont insisté sur l'importance de la consultation au sein de leur réflexion. L'association des usagers, des élus et des professionnels dans la détermination des limites de territoires participe à l'ambition des territoires de concertation. Malgré cela, certains aspects ont été moins bien traduits dans les réalisations régionales. C'est le cas de la médecine de ville, qui a été plus rarement intégrée dans les réflexions territoriales des régions, tout comme le secteur social et médico-social. Les cloisonnements sont encore importants et la planification reste plus hospitalière que sanitaire. La recherche de cohérence territoriale se fait plutôt par une imposition des limites du territoire du plateau technique et du champ de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique (MCO), et c'est à la psychiatrie et aux autres disciplines et champs d'activité de s'en accommoder plutôt que de construire en commun un nouveau territoire de santé.

Les territoires de santé repensés dans le cadre d'une approche globale de la prise en charge de la santé des populations

Il faut attendre la loi HPST du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires pour que les outils d'une telle complémentarité soient effectifs. Les nouvelles agences régionales de santé (ARS) concentrent les pouvoirs des ARH, des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (Drass et Ddass), des missions régionales de santé (MRS), des unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam), des groupements régionaux de santé publique (GRSP), des caisses régionales d'assurance maladie (Cram), et sont chargées de définir et mettre en œuvre la politique de santé à l'échelle régionale centrée sur quatre objectifs : démocratie sanitaire, réduction des inégalités de santé sociales et territoriales, rationalisation et coordination de l'offre sanitaire au sens large. Elles voient ainsi leur champ d'intervention élargi : outre l'hôpital, sont désormais inclus les soins de ville et les activités médico-sociales.

À leur tour, les ARS sont chargées de définir de nouveaux territoires de santé. Dans ce nouveau cadre, le Sros subit deux évolutions majeures : Il devient l'outil opérationnel de mise en œuvre du plan régional de santé (PRS) et voit son champ d'application étendu à l'offre de soins ambulatoires. Par ailleurs, le Sros-PRS doit dorénavant être élaboré en cohérence, voire, dans le cadre d'une approche intégrée, avec les deux autres schémas régionaux relatifs à la prévention (SRP) et à l'organisation médico-sociale (Sroms).

Cette reconfiguration réalisée dans un temps relativement court s'est opérée par un choix plus fréquent des régions pour un découpage départemental des territoires de santé et qui, dans l'esprit, va à l'encontre des principes définis en 2003 qui consistaient à s'affranchir des frontières administratives puisque seize régions sur vingt-six ont choisi le découpage départemental ou le regroupement de départements pour définir leurs territoires de santé. Huit régions métropolitaines ont par ailleurs choisi des territoires de santé ne recoupant

2. Pour plus d'informations sur la graduation des soins, voir [20].

pas les limites départementales ou leur agrégation. L'objectif poursuivi est parfois le même que celui des régions ayant choisi le département comme territoire de santé puisqu'elles ont opté pour des territoires correspondant à des regroupements d'intercommunalités ou des regroupements d'arrondissements permettant de favoriser une cohérence globale de l'intervention publique en prenant en compte « *les territoires développés par les autres acteurs publics dans l'exercice de leurs compétences et en particulier ceux promus par les collectivités territoriales* » (arrêté du 26 octobre 2010 portant définition des territoires de santé en Poitou-Charentes).

Ces choix correspondent à la volonté d'articuler l'action de l'agence régionale de santé avec celle des collectivités territoriales et des autres acteurs (secteur associatif, professionnels de santé…) intervenant dans ses champs de compétence. Par exemple, il est ainsi plus facile d'établir le schéma régional d'organisation médico-sociale (Sroms) au regard des schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie arrêtés par les conseils généraux de la région. Ces derniers sont en effet impliqués à plusieurs titres : dans l'action médico-sociale avec des compétences légales sur le champ de la protection maternelle et infantile (PMI), de la gérontologie et du handicap et de santé publique (vaccinations, lutte contre la tuberculose, éducation sanitaire et promotion de la santé), mais aussi en matière de lutte contre les exclusions ou de participation aux contrats urbains de cohésion sociale (Cucs).

Cela marque une évolution de la conception du territoire dans les politiques de santé. Le territoire, ici, n'est plus seulement une réponse à la différenciation territoriale et sociale de l'offre de soins et des problèmes de santé. Le territoire doit permettre d'intégrer les différents facteurs économiques, sociaux, les différents acteurs et politiques qui interagissent pour réduire les inégalités de santé. Avec la loi HPST, les questions de santé ne sont plus considérées comme un problème qui relèverait des seuls professionnels du champ sanitaire, et le territoire apparaît comme le lieu d'intervention et d'action sur les déterminants sociaux de la santé.

Le dispositif actuel réserve ainsi une place aux collectivités territoriales dans la politique régionale de santé à double titre. D'une part, les collectivités territoriales participent à diverses instances de l'ARS : la conférence régionale de santé (avec des conseillers régionaux et généraux, des élus des établissements publics de coopération intercommunale – EPCI – et des élus municipaux), les commissions de coordination (avec des élus locaux) et la conférence de territoire (élus municipaux). Par ailleurs, une contractualisation plus fine peut être instaurée entre l'ARS et les collectivités territoriales, notamment avec les communes, qui bien que ne disposant pas de compétences légales spécifiques ont développé dans le cadre de la clause de compétence générale des actions de façon plus ou moins importante. De manière spécifique, elles se sont saisies des questions relatives aux inégalités sociales et territoriales entre quartiers avec les ateliers santé ville, dispositif obligatoire dans tous les contrats urbains de cohésion sociale (Cucs) signés entre l'État et la ville. Désormais, la loi prévoit aussi que « *la mise en œuvre des PRS peut faire l'objet d'un contrat local de santé (CLS) conclu avec les collectivités territoriales portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social* ». Le déploiement de cet outil est important puisque 70 CLS fonctionnaient en 2012 et plus de 250 sont prévus d'ici la fin de l'année 2013. C'est un dispositif souple dont le périmètre et la mise en place au niveau local sont fortement conditionnés par le contexte local (problèmes de santé spécifiques et engagement des partenaires). Il pose encore de nombreuses questions en termes de périmètre, de pilotage et de pertinence de définition du territoire concerné, notamment en milieu rural (pays, intercommunalités et communes), ou encore celle « *du traitement équitable de tous les territoires pour une couverture nationale égalitaire* » [67].

Jusqu'à présent, la planification sanitaire était très hospitalo-centrée. L'un des enjeux majeurs de la loi HPST de 2009 est maintenant de définir des territoires de santé pour des activités à la fois de santé publique, de soins hospitaliers, de prise en charge et d'accompagnement médico-social, ainsi que d'accès aux soins de premier recours et d'articuler les interventions. C'est la raison pour laquelle de nombreuses ARS ont redéfini leurs territoires de santé en utilisant le découpage départemental ou les regroupements d'établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) afin de pouvoir mieux traiter l'aspect transversal de la prise en charge de la santé des populations. On voit aussi se développer des territoires de natures diverses : des territoires de projet dont la logique est différente du territoire de santé car il ne s'agit pas d'un maillage systématique du territoire par le haut mais d'une démarche ascendante appuyée sur l'initiative d'acteurs locaux, des territoires d'animation, ou bien encore de contractualisation avec les contrats locaux de santé qui permettent de mieux articuler le projet régional de santé et les démarches locales de santé existantes.

On passe ainsi d'une représentation de la santé fondée sur la mesure des maladies et le soin à un modèle global. Les nombreux déterminants de la santé nécessitent d'agir dans différents domaines et de sortir du champ strictement sanitaire. L'approche territoriale permet cela car, comme l'écrivent les auteurs du récent ouvrage collectif *Fonder les sciences du territoire* [8] : « *plus les processus sont complexes et les actions diversifiées, plus l'appui sur le territoire se révèle utile* ».

Politiques locales de santé et cohésion sociale : les nouveaux modes de mobilisation et de contractualisation

Michel Joubert
Professeur émérite de sociologie, université Paris 8

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 66.

En vingt-cinq ans, les rapports entre les villes et la santé ont oscillé entre l'implication, avec engagement d'actions innovantes, et encadrement par l'État dans des programmes de santé publique [38, 46]. La politique de la ville a joué dans ce va-et-vient un rôle essentiel à partir des années 1990, en travaillant sur les conditions pratiques de la territorialisation des actions de santé [57]. Dans le cadre de la loi Hôpital, patient, santé, territoires (HPST), un certain nombre de changements et d'enjeux ressortent de la mise en place des agences régionales de santé (ARS) : la réaffirmation de l'importance de la territorialisation des politiques de santé, l'objectif priorisé de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et la nécessaire articulation entre prévention, soins et médico-social. Les enseignements de plusieurs expériences d'analyse critique de l'action publique (ateliers santé ville, volet santé des contrats urbains de cohésion sociale succédant aux contrats de ville) et de participation à la mise en place de démarches concertées de santé entre villes, région et État convergent vers une interrogation sur l'évolution de la place de la santé dans les politiques publiques territorialisées. Pendant toute une période, le « volet santé » n'a constitué qu'une annexe, quand il n'était pas oublié. Il fallait agir, en priorité, sur l'emploi, l'insertion, l'éducation et la sécurité[1], assurer une meilleure articulation entre interventions concernant les mêmes catégories de population et une meilleure lisibilité des moyens engagés par les politiques de droit commun. Il est intéressant de réinterroger aujourd'hui cette problématique, au moment où l'État, *via* les ARS, se propose de définir de nouveaux cadres de contractualisation avec les collectivités territoriales (CLS).

La politique de la ville et le développement des actions locales de santé

L'équation posée dans la loi de 2005 complétait les impératifs de solidarité urbaine avec des objectifs de « cohésion sociale ». Cette précision de vocabulaire, si elle n'est pas explicitée dans le texte de loi, a conduit à requalifier la stratégie de lutte contre l'exclusion sociale. Il ne suffisait plus d'agir sur le plan de la redistribution, mais de trouver des modalités : agir sur l'emploi, le logement, la solidarité urbaine et l'éducation d'une manière cohérente et concertée doit permettre de réduire les risques de clivage concernant l'ensemble de la société. Le contexte de l'impulsion d'une politique centrée sur la cohésion renvoie clairement aux multiples risques de décohésion (individualisation et vulnérabilisations exacerbées, anomie, émeutes, conflits) qui menaceraient la société – et plus particulièrement les marges urbaines de notre société. Que vient faire la santé dans le redéploiement considéré comme nécessaire et urgent des politiques sociales ? Les missions de l'État en matière de soins et des départements en matière de prévention ne suffisent-elles pas à couvrir les besoins fonctionnels sur le plan de la réponse aux besoins ?

La réponse négative à cette question se base sur l'expérience de ces vingt dernières années, qui a vu le système de protection se fractionner, les difficultés d'accès aux biens communs des soins et de la prévention se multiplier, la précarisation venir exacerber des problématiques qui étaient jusqu'alors gérées d'une manière sectorielle. Introduire la santé dans la politique de la ville [5, 57] marque un tournant dans la manière de concevoir la place de la santé dans la société du XXIe siècle. Il ne suffit plus de développer ou de maintenir à tout prix un dispositif technique centré sur les problématiques médicales (protection, soins, prises en charge), mais l'appréhension de la santé dans un contexte de crise, d'exacerbation des inégalités sociales et de précarisation doit revenir à ses déterminants sociaux, c'est-à-dire aux « *circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent* » (OMS, 2005). Les processus conduisant à produire et amplifier les injustices sociales ne sont plus séparés de leurs effets sur la santé. Les soins, et *a fortiori* la prévention, sont impuissants à endiguer le flot croissant des besoins générés par l'augmentation des difficultés vécues par les plus vulnérables. À défaut d'intégrer la santé dans « *toutes les politiques* » (OMS, Adelaïde, 2010), elle a trouvé en France une inscription progressive dans la politique de la ville.

Le Conseil interministériel des villes du 9 mars 2006 a acté l'intégration de la santé comme l'un des cinq thèmes prioritaires de la politique de la ville pour la cohésion sociale. L'objectif assigné aux démarches était d'évaluer l'état de santé des habitants, de coordonner les acteurs et les professionnels de santé au niveau local (quartiers prioritaires), afin de développer la prévention et l'accès aux soins des habitants. Le processus de mise en place des contrats urbains de cohésion sociale est venu confirmer et traduire en 2007

1. La santé disparaît, par exemple, en 2011 (CIV du 18 février) du projet de développement de Cucs expérimentaux.

l'intégration de la santé comme le cinquième de ses axes structurants[2]. Ce processus a été à l'origine de nombreuses expériences conduites au sein des territoires relevant de la politique de la ville. La généralisation des ateliers santé ville, la prolongation des Cucs et l'engagement des démarches d'élaboration de contrats locaux de santé apportent les matériaux permettant de comprendre les modalités d'engagement des villes dans des programmes locaux de santé publique et plus largement dans des expériences coordonnées d'action sur les déterminants sociaux de la santé.

Approcher localement les inégalités sociales de santé

Il était intéressant de se demander ce qui avait changé dans les manières de penser et de faire au sein des territoires où des ASV ont été mis en place[3]. Cela tourne autour de trois termes : proximité, diagnostic et intersectorialité.

Proximité

Retrouver de la proximité, cela passe par la compréhension de l'importance des distances ayant pu se creuser, de l'enkystement des misères ordinaires dans les recoins de l'espace social[4] et par une interrogation sur les conditions sociales de la rencontre et du travail avec ces personnes. Les associations et les ONG ont investi ce terrain par nécessité, les besoins étant trop criants et les ressources de droit commun trop éloignées. Avec les ASV et quelques autres démarches (réseaux, actions de santé communautaire, Réseau villes-santé de l'OMS, politiques municipales « historiques »), la possibilité de développer une action publique locale pertinente sur le territoire local a été largement démontrée. L'enjeu de « *cohésion sociale* » consiste à réintégrer les personnes objectivement placées sur la touche sur le double plan du social (travail, logement, difficultés scolaires des enfants, insertion des jeunes) et de la santé (réduction des ressources préventives, retard dans l'accès aux soins, exposition aux risques, détresse morale). Pour les réintégrer, il faut déjà les toucher et communiquer avec elles sur des bases respectueuses (absence de jugement, de stigmatisation, d'injonctions, etc.). Si des acteurs agissaient déjà sur ce plan (associations, travailleurs sociaux), les approches restaient sectorielles et faiblement relayées. La démarche de proximité suppose une construction avec les personnes sur leurs lieux de vie. À l'heure de la Revue générale des politiques publiques (RGPP), les visites à domicile ont presque disparu, la prévention spécialisée (éducateurs de rue) est régulièrement interpellée sur son efficacité et les équipes mobiles sont rares et fragiles. Pourtant, pour les plus vulnérables (personnes âgées, jeunes sortis du système scolaire, familles monoparentales, familles précarisées, personnes sans logis…), recréer des supports relationnels au plus près, dans une démarche coopérative, apparaît constituer une condition du rétablissement de ce minimum de lien à l'espace commun qui permettrait d'inverser un processus et de réduire les inégalités. Cela demande de l'engagement et des soutiens (élus locaux, associations, institutions).

Le volet santé de la politique de la ville a permis de consolider les démarches existantes et d'en susciter de nouvelles. L'échelle de la communauté des habitants sur un territoire donné (un quartier, la ville, ou une agglomération) permet de travailler « avec » la communauté constituée par les résidents et avec leurs représentants élus. Mais on ne « convoque » pas les habitants ou la communauté ; les personnes concernées ne s'engagent que progressivement, en relation avec la confiance pouvant s'établir avec des intervenants bienveillants et inventifs. Pour les « activer », il est nécessaire d'ouvrir un espace des possibles et de l'intersubjectivité. C'est là qu'intervient l'ASV (ou autre agencement) : la légitimité de la démarche validée sur un plan politique [19], des actions de proximité peuvent s'engager.

Diagnostic

Le diagnostic partagé peut être investi comme un espace de travail qui modifie pour les intervenants les termes mêmes du rapport à la santé, à la population et aux inégalités sociales exprimées localement. Il faut dépasser les indicateurs classiques et les données standardisées d'activité des institutions, pour laisser parler l'expérience : celle des habitants, mais aussi des intervenants travaillant avec eux, professionnels et associations des différents secteurs tramant la vie sociale (travail, formation, intervention sociale, éducation, soutien social, prévention, soins, culture…). Au croisement de ces expériences, peuvent se dégager des fils permettant de comprendre les processus à l'œuvre, ceux qui produisent des dégradations et ceux qui sont à la base des résistances, de la production des ressources et de savoir-faire interstitiels (peu visibles) permettant de supporter des conditions de vie difficiles. Le diagnostic partagé crée alors un espace de reconnaissance, le lieu possible d'une inversion ou d'une réduction des processus de reproduction des inégalités. La santé n'y est pas séparée de son environnement, de ses déterminants et des interactions dans lesquelles elle est engagée.

En 2008, la moitié des Cucs disposant d'un volet santé avaient engagé un diagnostic « participatif ». Plus des deux tiers des ASV se fondaient sur une démarche diagnostique. Elle doit permettre de préciser les besoins prioritaires des populations du territoire – et en particulier des publics les plus défavorisés –, ainsi que le degré de correspondance avec l'offre de prévention et de soins de droit commun sur le territoire, le degré d'accessibilité de ces derniers pour les populations les plus vulnérables. Ceux qui partent d'une approche

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 66.

2. Après habitat-cadre de vie, l'emploi et l'insertion, la réussite éducative ; avant que l'on y ajoute la culture et la citoyenneté.
3. *Cf.* [44, 57] et l'analyse critique du volet santé des Cucs effectuée pour le SG-CIV en 2008-2009 [9].
4. Des processus équivalents sont enregistrés en milieu rural.

« participative » supposent la mise en œuvre d'une méthodologie de mobilisation et de consultation des acteurs locaux, habitants compris, avec co-construction de l'identification des besoins non ou mal couverts. Ces diagnostics reposaient sur trois leviers principaux :

- la mobilisation et l'intégration des acteurs clefs du territoire au projet urbain de cohésion sociale en contact direct avec la population, en particulier les plus défavorisés, situés à l'interface des dispositifs et politiques publiques sanitaires, sociales et éducatives ; leur pouvoir d'influence direct et indirect en fait des relais majeurs de la politique publique en améliorant son impact au plus profond de la société locale ;
- l'intégration dynamique de l'axe santé aux autres axes de la politique de la ville ;
- l'engagement d'une dynamique sanitaire et sociale de proximité pouvant travailler à la prise en compte concrète de problèmes complexes et mal résolus par le système de protection sanitaire et social ordinaire : ouverture d'espaces de réflexion et d'échange d'expériences, facilitation du travail en réseau, promotion de la santé communautaire, développement des capacités d'observation et de suivi des problématiques, ouverture d'espaces d'expression et d'action politique permettant l'intégration des élus locaux aux dispositifs de santé du territoire.

Ces démarches poursuivent donc deux objectifs stratégiques interdépendants : la production d'une vision partagée des problèmes de santé du territoire et la mobilisation des acteurs concernés par la santé sur le territoire, au sein d'une démarche de santé publique concertée.

Plusieurs composantes du développement de cette méthode de travail ont été identifiées :

- la mise en place de groupes de travail qui peuvent venir conclure la démarche au travers d'une réappropriation des données et analyses effectuées par le prestataire, ou fonctionner dès le départ comme le levier impulsant la réflexion ;
- la réalisation de diagnostics successifs qui peuvent porter sur des publics et thématiques déterminés ou renvoyer à la volonté de réactualiser régulièrement le cadre et les priorités (veille, actualisation, soumission régulière à des groupes d'habitants dans le cadre de la préparation de forums) ; dans d'autres configurations où les besoins de compréhension sont importants plusieurs diagnostics ont pu être engagés conjointement ou successivement (diagnostic social et diagnostic santé, diagnostic prévention et diagnostic accès aux soins et soins, etc.) ;
- la mise en place, en parallèle au diagnostic participatif avec les habitants, d'une veille constante sur les problématiques et ressources du territoire, avec l'aide des acteurs du collectif de coordination ;
- l'action à l'échelle d'une communauté urbaine ou d'agglomération : avec des interrogations portant sur l'attractivité (correspondances avec les attentes des acteurs et institutions), afin d'assurer une dynamique d'ensemble reprise au niveau des communes, mais aussi sur la cohérence (les objectifs de l'action sont-ils cohérents avec les orientations prioritaires ressortant des enjeux infra-départementaux) ;
- la mise en réseau des acteurs quand ils ne le sont pas déjà.

Au travers d'une stratégie de type « boule de neige » (association de proche en proche), la démarche « partagée » permet d'agréger les principales catégories d'acteurs du territoire, y compris certaines associations et médiateurs locaux. Au sein des instances de réflexion (groupes de pilotage, groupes de travail, commissions…) centrées sur des thématiques « sensibles », le travail de rapprochement et d'intégration des acteurs du territoire tend alors à se faire. Il faut noter que, si ces démarches privilégient la prise en compte de l'expérience et le ressenti des acteurs de terrain, elles ne dédaignent pas pour autant de recourir à des données « objectives » de type quantitatives, qui sont alors recherchées ou produites pour appuyer les réflexions engagées. Ainsi, les orientations d'actions concrètes considérées prioritaires qui ressortent des diagnostics et qui peuvent être portées par le collectif seront les principaux marqueurs permettant d'apprécier l'évolution et la profondeur du processus d'intégration territorial du champ de la santé.

L'assemblage d'acteurs et la redéfinition des grilles de lecture engagées dans les diagnostics participatifs ont supposé la mise en place des coordinateurs : se dotant de compétences spécifiques, ils mettent en relation et en synergie les acteurs susceptibles de contribuer à l'identification des besoins. Ils travaillent avec eux dans le cadre des groupes de travail afin de dégager les actions qui permettront d'y répondre. Leur légitimité ressort de leur capacité à gérer le type de dynamique qui leur permet d'être en relation avec les principaux acteurs locaux. Seul risque : la surcharge, avec l'importance prise par la part de travail technique et administratif qui constitue une autre facette de leur travail, avec une tendance inflationniste (instruction de dossiers).

Parmi les risques pointés dans l'analyse relativement à l'usage des diagnostics, le plus classique est celui de la standardisation avec la mise en œuvre de schémas diagnostiques très routiniers, repris d'un site à l'autre, sans que puissent se dégager des connaissances ou des mobilisations appropriées aux territoires concernés[5]. Ils se contentent alors de décliner sur le mode de l'illustration des orientations déjà établies – logique *up-down* –, alors que l'intérêt de la démarche locale de santé construite à partir de l'action sur les inégalités sociales concrètes rencontrées sur les quartiers prioritaires relevait d'un mouvement *bottom-up* (et retour)[6]. Le projet de coopération et de contractualisation (avec les CLS) peut avoir du sens quand il assure une interaction constructive où les axes régionaux forment le cadre pour

5. Cela s'est passé avec les contrats locaux de sécurité, souvent déclinés d'une traduction standardisés du cahier des charges
6. E. Le Goff [46] montre que les deux logiques ont toujours coexisté.

des développements originaux qui permettront de faire remonter des spécifications susceptibles d'améliorer la conception même des programmes. Pour l'accès aux soins, les figures de travail variaient sensiblement en fonction du contexte territorial et des dispositions des acteurs locaux. Le mode standardisé, au contraire, réduisait la production des significations relatives aux besoins locaux. Sa maîtrise échappant aux acteurs de terrain, il ne contribuait en rien à l'interconnaissance et à leur mise en réseau. Dans ces cas-là, la démarche est faiblement pensée et préparée sur le plan méthodologique, avec des cahiers des charges insuffisamment précis, trop larges ou trop standardisés. L'absence d'opérateur identifié et légitime pour conduire la dynamique, qu'il relève ou non de la « santé », conduit à faire du diagnostic un élément de cadrage général ne nécessitant pas de mobilisation particulière. Autre travers : l'absence de reprise et d'actualisation des diagnostics qui, bien que datés, ne sont pas retravaillés et utilisés pour le suivi et l'évaluation des actions. Enfin, sur certains sites, la dimension « animation » peut prendre le dessus sur la volonté de rigueur : groupes de discussion informels ou *focus group* aux apports inexploitables ; sur d'autres, la mise en place d'observatoires rassemblant de nombreuses données, mais peu utilisables quand elles ne sont pas attachées à une problématique de santé publique articulée avec la mobilisation des acteurs, etc. Le fait de se cantonner aux diagnostics et priorités régionales (PRSP) constitue un autre avatar de la standardisation. Même si les priorités régionales et nationales renvoient à des problématiques largement partagées (accès aux soins, nutrition, santé mentale, conduites addictives), le processus de mobilisation locale propre au diagnostic travaille à faire émerger des spécifications appropriées à la fois à des contextes et à des agencements de ressources spécifiques. Nous avons ainsi vu apparaître des « zones d'ombre » au cœur de ces objectifs prioritaires, c'est-à-dire, derrière des intitulés faisant consensus comme « souffrance psychique », « conduites addictives » ou « conduites à risques », des interrogations sur la possibilité de démonter les problématiques, d'en comprendre les processus opératoires pour une population donnée, afin de pouvoir concentrer les moyens d'une action opérationnelle. Cette conversion-traduction des grands intitulés diagnostiques constitue un enjeu partagé par la plupart des acteurs engagés dans le volet santé et les ASV.

Ce même processus (déclinaison territoriale des PRS, de l'ajustement aux besoins locaux) a permis aux programmes territoriaux de santé de dégager des dynamiques à une échelle plus large et aux contrats locaux de santé de se mettre en place. Les plans régionaux ont d'autant plus de crédibilité, de légitimité et d'efficacité qu'ils sont irrigués et impactés par ces réflexions. La méthodologie diagnostique et participative permet souvent de faire apparaître les composantes les plus négligées de l'action publique, rendues invisibles par la sectorisation des interventions. Cela a été le cas, ces dernières années, de la santé mentale pour laquelle beaucoup de diagnostics convergeaient, où on retrouvait la même impasse de conception et d'articulation entre la problématique du « bien-être »/« mal-être » et les soins et aides à destination des personnes affectées d'une maladie mentale. La principale plus-value de cette manière de travailler sur les inégalités sociales et les besoins de santé s'inscrit dans le domaine de la citoyenneté : loin de se décharger des enjeux de prévention et de prise en charge sur des spécialistes, ces démarches sont l'occasion pour tous les acteurs de débattre démocratiquement à partir de leurs expériences et de leur ressenti. Les élus y trouvent aussi une occasion privilégiée de se mettre en phase avec cette expression et les priorités qui en ressortent.

Cette méthodologie, mise en œuvre au départ par des prestataires extérieurs, a fini par devenir un élément central de la démarche ASV [57]. En sensibilisant, puis mobilisant les acteurs travaillant localement dans les domaines de la santé, du social, de l'éducation et de l'insertion, le processus diagnostique, sous l'impulsion du coordinateur, engage, de fait, un travail sur l'articulation et l'ajustement de certains déterminants sociaux. Les échanges entre professionnels de secteurs différents, pour un même territoire, sur les moyens de porter une attention plus soutenue et plus globale aux populations fragilisées (catégories récurrentes : « familles monoparentales », « personnes vieillissantes », « personnes handicapées », « adolescents », « allocataires du RMI/aujourd'hui RSA », etc.) visent à réduire l'amplification des difficultés et à restaurer des ressources partagées accessibles aux personnes. L'approche globale (quelquefois communautaire) permet de ne pas retomber dans les approches catégorielles, dont on connaît les effets pervers (stigmatiser, couper des ressources sociales, médicaliser). Le coordinateur, quand il se tient à distance des enjeux sectoriels, peut se construire une légitimité pour favoriser ce type d'approche.

Intersectorialité

L'ouverture d'action sur des problématiques de santé jusque-là renvoyées à des déterminants sociaux et territoriaux généraux sur lesquels on pensait n'avoir que peu de prise (emploi, inégalités sociales structurelles, précarisation croissante, discrimination des plus vulnérables et des plus récemment installés, déscolarisation), pour être effective, doit être intersectorielle [43]. L'analyse des CUCS effectuée en 2008 fait apparaître des situations très inégales d'un territoire à l'autre.

Pour près de 60 % des Cucs disposant d'un volet santé (échantillon de 60 Cucs), ces liens n'apparaissaient pas d'une manière explicite. Alors que 55 % des Cucs disposaient de programme de réussite éducative, seuls 30 % étaient articulés avec le volet santé. Il n'existait de liens avec les volets « Droits, citoyenneté, prévention de la délinquance » que pour 18 % des Cucs, 16 % pour « Logement, habitat » ; 10 % pour l'axe « Emploi, insertion ».

Des interactions ont été enregistrées dans les axes « Réussite éducative » (avec les thématiques de santé propres à l'enfance socialement vulnérable), « Citoyenneté » et « Prévention de la délinquance » (jeunes en difficulté sociale). Les diagnostics participatifs étaient plus fréquents dans les Cucs articulés aux plans nationaux (Bien vieillir, MILDT, Praps, PNNS et Agenda 21). Seule une action de longue durée permettrait de réduire les inégalités sociales de santé liée à l'éducation. Une partie des actions engagées sur le terrain de la réussite éducative avaient à voir avec la prévention, en particulier pour la santé mentale (dispositions d'esprit, sentiment d'être à sa place, ressenti de mal ou de bien-être, possibilités de faire évoluer la posture des enseignants…) et les conduites à risque (prévenir leur développement et leurs effets sur la déscolarisation). La possibilité de construire des programmes de prévention, dès la maternelle, où seraient travaillées les conditions de développement des potentiels des enfants (prévention des difficultés scolaires) en même temps que la prévention de la souffrance psychique commence à être explorée, avec de grandes précautions destinées à éviter de médicaliser ou de stigmatiser précocement certains enfants. Beaucoup des liens signalés ne sont pas réellement « institués », mais plutôt « instituants », dans le sens où c'est plus au travers d'actions concrètes que le sens et les possibilités de croiser les deux approches et de coopérer tendent à émerger. Parmi les applications intersectorielles les plus fréquentes : les actions « Alimentation et buccodentaire », « Nutrition et prise en charge de l'obésité », la prévention des « Conduites à risques », la santé mentale, la lutte contre l'illettrisme et le soutien à la parentalité.

Le volet « Citoyenneté et prévention de la délinquance » articulait déjà plusieurs programmes : les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté, la lutte contre les violences faites aux femmes, contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (plan MILDT), le soutien de la fonction parentale, le développement de l'accès aux droits et la prévention de la délinquance. L'analyse critique montre alors un primat de l'approche sécuritaire. Seules les actions de réduction des risques et de prévention des conduites à risques auraient pu faire exception, mais leur ancrage départemental a eu pour effet de limiter les possibilités d'intégration dans les dynamiques locales relevant du volet santé. Quand des dynamiques de participation des habitants ont réussi à s'enclencher sur le volet santé, des connexions avec les actions « citoyenneté et accès aux droits » s'étaient généralement développées.

Pour le volet « urbain » (habitat et cadre de vie – PRU : qualité de vie et lien social), il y avait des liens avec l'action contre l'habitat indigne (saturnisme, hygiène), les actions relatives à la qualité de la vie (santé mentale, projets « Bien-être », qualité environnementale), le renforcement du lien social et l'insertion de personnes en difficulté sur le plan du handicap psychique dans la vie de la cité, les liens habitat/alimentation/lien social avec les « jardins collectifs ». Sur le versant de l'insertion et de l'emploi, plusieurs interfaces transparaissent : le travail avec les missions locales (souffrance psychique d'adolescents en difficulté d'insertion, prévention de la consommation de produits psychoactifs), les dispositifs RMI/RSA (aide et accompagnement de personnes en souffrance) et la souffrance au travail (écoute, consultations). Un paradoxe demeurait : la tension entre potentiels, articulations logiques et faiblesse des engagements réels liés à la baisse des moyens et à l'augmentation de la charge de travail des coordinateurs. Beaucoup de problématiques sécantes relèvent du besoin de créer les conditions d'un « mieux vivre ensemble » où se croisent les préoccupations relevant du lien social (espaces de rencontre, de soutien) et du « mieux-être » (qualité de la vie, écoute) pour des populations connaissant des difficultés multiples.

Des agencements de ressources intégrés dans le système d'action local

L'évaluation pointait le caractère *a-dispositif*[7] de ces démarches qui tendent à se décliner d'une manière originale et interactive, en prenant en compte les spécificités locales, le contexte social, institutionnel et politique, ainsi que les éléments du diagnostic participatif sur les ressources existantes et les besoins exprimés. Les logiques de dispositif ont longtemps prévalu dans l'histoire des politiques sanitaires et sociales à partir de quelques expériences emblématiques : construire une procédure d'intervention standardisée étendue à tout le territoire. Les ASV ont été investis comme une instance réformatrice dynamique devant permettre aux politiques de santé de retrouver une assise territoriale. À l'occasion de l'analyse critique, un schéma d'analyse a permis de comprendre la manière dont s'inscrivaient et se différenciaient les processus de travail. Ce sont moins des procédures standardisées qu'une gamme de fonctions avec des possibilités ouvertes et variées de développement suivant le contexte qui est apparue. Trois principalement : une fonction levier (sensibiliser, mobiliser les acteurs, élus, habitants ou professionnels) ; une fonction d'architecturation ou de préfiguration (expérimentation, étayage, échafaudage) ; enfin, une fonction de support de mise en relation et de régulation des ressources au niveau local. Ces trois fonctions, qui peuvent s'enchaîner ou s'articuler dans les actions engagées, gagnent à être distinguées si l'on veut comprendre les inégalités territoriales de développement des actions ; elles permettent de donner un statut à la diversité des actions engagées au titre de la santé dans la perspective d'une programmation.

Les inégalités de développement des démarches locales ont aussi une dimension historique. Beaucoup de villes ou de territoires partent d'engagements et d'expériences déjà inscrits dans la longue durée, avec

7. Le dispositif étant entendu comme un modèle d'action pré-formaté (Agamben, 2007).

les centres municipaux de santé, les réseaux de santé, des démarches de santé communautaire, l'engagement dans les ASV de première génération, le Réseau villes-santé de l'OMS, etc. D'autres commençaient tout juste à se préoccuper des actions qu'ils pourraient développer sur la santé au-delà de leurs obligations légales (hygiène et salubrité). Tout un ensemble de situations intermédiaires étaient également repérables, témoignant du travail d'ajustement engagé entre volet santé et conditions locales.

La fonction de starter ou de levier, la plus fréquemment rencontrée, correspond au stade de l'engagement. Les démarches peuvent en rester là, quand la « prise » ne s'est pas faite, que les acteurs locaux ne se sont pas emparés de cette opportunité pour engager un véritable programme de travail sur les besoins de santé identifiés ou aller dans le sens de la création d'une direction santé (quand elle n'existe pas) et/ou de la mise en place d'un programme de santé publique au niveau local. La démarche ASV et son financement de lancement (coordination, diagnostic) peuvent permettre d'engager une dynamique pour apprécier la « consistance » de la problématique santé sur le territoire : intérêt des acteurs locaux, opportunités de développer des projets, d'explorer les financements et les soutiens (rôle du comité de pilotage) et de cadrer le sens et les conditions d'une approche locale en « santé publique ». Ces éléments peuvent alors faire référence, sans que l'engagement aille plus loin (recrutement d'un coordinateur, mise en place de groupes de travail thématiques, de projets d'action, etc.). Cette fonction permet d'agir sur les représentations : faire émerger le sens d'un travail local sur la santé, les possibilités d'agir sur certains déterminants, développer la prise de conscience des inégalités sociales de santé, réaliser des confrontations de points de vue entre acteurs appartenant à des sphères professionnelles différentes.

La fonction d'échafaudage ou d'étayage suppose d'aller plus loin. L'atelier santé ville travaille alors à la construction de programmes d'actions susceptibles de répondre aux constats du diagnostic. Cette traduction en problématiques spécifiques, souvent tournées sur les inégalités sociales de santé les plus criantes ou sur les urgences, permet de légitimer l'intégration de la santé dans un programme de réduction des inégalités sur le territoire. Le passage à une préfiguration des actions possibles et des dispositions nécessaires à engager constitue une phase plus opérationnelle ; elle suppose des implications plus fortes des élus et des principaux représentants présents dans le comité de pilotage qui vont devoir valider cette architecturation. L'ASV passe alors du statut d'agent d'animation et de réflexion à une posture plus opératoire de coordination entre les acteurs qui s'engagent dans des programmes ou proposent des fiches-action.

Ce processus peut durer quelque temps car il faut réussir à harmoniser les temporalités de la politique municipale, des appels à projet, des partenaires de terrain relevant d'instances diverses (conseil général, CPAM, associations, hôpitaux, médecine libérale, etc.) tout en s'articulant avec les programmes régionaux et les priorités départementales. La manière dont cet échafaudage va profiler le centre de gravité de la démarche déterminera en grande partie le style et l'ambition du projet local (CCAS, association, mission ville…).

L'idée d'échafaudage renvoie aussi au fait que la « forme provisoire » qui ressort de la démarche ne constitue qu'une étape – celle des conditions de possibilité – et que une fois effectuée la mise en place des actions et des coordinations, une installation plus permanente de cet axe devra se dégager. Certains des éléments mis en place durant cette phase devraient alors laisser la place à des ressources de « droit commun ». La logique d'échafaudage permet de créer les conditions et le cadre d'un nouvel échelon de la politique de santé au niveau local. Elle devrait avoir vocation à fusionner ou à se convertir dans des dispositifs intégrés et pérennes. Mais il existe toujours un risque de voir le « moyen » devenir la « finalité » : on maintient l'échafaudage à tout prix, alors que la base d'action en santé publique est en place. Beaucoup de politiques ont vu ainsi se stratifier des dispositifs répondant à des phases successives de construction qui auraient gagné à être refondus ou dissous. Les ASV étaient-ils dans ce cas ? Pas sûr, au regard des enjeux de la phase suivante.

La fonction de support est présentée à titre d'hypothèse, même si son analyse s'appuie sur plusieurs expériences locales. En effet, les contrats locaux de santé ont ouvert un nouveau stade dans l'histoire des politiques locales de santé : la contractualisation s'effectue à l'échelle du territoire de la ville ou de l'agglomération, tout en devant prendre en compte les quartiers prioritaires de la politique de la ville. Or, l'enjeu des ASV était de contribuer à l'engagement de politiques de santé aptes à réduire les inégalités sociales de santé sans opérer un traitement spécialisé des personnes en difficulté : actions de raccordement, de reconnaissance des compétences, de participation citoyenne. La troisième fonction des ASV relevait de l'interconnexion. Si l'échafaudage pouvait être démonté, la politique locale pour conserver la richesse et la force cohésive de la démarche doit attribuer une nouvelle place à l'ASV : la prise en compte des personnes en difficultés demande toujours de la vigilance et les processus de (re)production des inégalités sociales de santé n'ont pas disparu. L'ASV (ou autre agencement du même type) tend alors à devenir le support de la politique locale de santé : l'aide à la programmation, l'évaluation de la qualité du système de santé local et de son maintien, la pérennisation et le développement des méthodes (participation des habitants, coordination, programmation, diagnostics et évaluation). Une fois l'opérateur installé, même en l'absence d'un projet politique totalement finalisé, il peut constituer une pièce centrale du système ; on ne peut plus l'enlever sans créer des perturbations importantes ; il devient une instance de régulation des

interactions entre les grandes composantes du système médico-social local (prévention, soins, relais sociaux) et les publics vulnérables ; il permet de stabiliser des ressources locales dans un cadre politique légitime. Cela était le cas pour les réseaux de santé portant un ASV et pourra l'être pour les CLS qui intégreront les ASV dans cette fonction pivot.

Chaque degré et chaque fonction se trouvent à l'origine de contributions spécifiques au processus de déploiement du volet santé ; ils peuvent aussi rencontrer certaines limites comme le risque d'en rester aux constats pour la première fonction sans passer au stade de la construction (les crédits de coordination et de diagnostic ne sont saisis que comme une opportunité d'abonder les financements d'actions existantes). La limite de l'échafaudage, c'est aussi d'en rester là : on expérimente et mobilise les acteurs, des projets émergent, puis tout s'arrête. Cette issue est évidemment préjudiciable, car elle crée de la déception et peut conduire à rigidifier l'existant. Le dernier écueil serait, pour la troisième fonction, de voir l'opérateur se fossiliser dans une position trop institutionnalisée ou le support disparaître sous prétexte d'intégration, ce qui pourrait occasionner une régression sur l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé avec une réduction des actions conduites sur les quartiers prioritaires de la politique de la ville.

Conclusions

Les apports des collectivités territoriales au processus de reconstruction des politiques de santé publique ne font aujourd'hui plus de doute, même si les paradoxes et contradictions n'ont pas disparu (concurrences, resectorialisation). La question des périmètres d'action les plus pertinents pour le développement de ces politiques concertées n'est pas résolue (ville, agglos, territoires de santé) et les politiques conduites par les ARS sont différentes d'une région à l'autre. Les déterminants sociaux pèsent de plus en plus fortement et continuent à alimenter le sentiment de délaissement et de dépendance chez les habitants concernés [7]. Malgré tout, ces initiatives et mobilisations restent un gage d'ouverture vers une citoyenneté active sur des enjeux de vie quotidienne (cadre de vie et qualité de vie, accès effectif aux droits élémentaires). Certains élus ne s'y trompent pas.

Les champs d'intervention des collectivités territoriales

Il existe plusieurs outils qui permettent aux collectivités territoriales d'intervenir dans le champ de la santé, dont les ateliers santé ville créés au sein de la politique de la ville. Des contrats locaux de santé peuvent être conclus entre les ARS et les collectivités territoriales pour mettre en place des projets de santé publique ou encore des maisons de santé.

Les ateliers santé ville

Catherine Richard
Chargée de mission promotion de la santé à la DRJSCS IDF, anciennement chargée de mission santé à la DIV puis SG-CIV de novembre 2008 à novembre 2010

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 66.

Ce que la politique de la ville a apporté dans le domaine de la santé par la mise en place des ateliers santé ville (ASV) est incontestablement une avancée pour les deux politiques. Elle a, en effet, introduit une nouvelle forme d'intervention en santé de proximité, sur des territoires infra-communaux, et a recherché les bénéfices d'un copilotage entre l'État et les collectivités à toutes les échelles territoriales.

Une conception de la santé publique au service des politiques locales de santé pour la réduction des inégalités sociales et territoriales

Le point de départ de la création des ASV est une combinaison de plusieurs opportunités : la première vient de la volonté politique du gouvernement d'introduire le thème de la santé dans les nouveaux contrats de ville 2000-2006 ; la deuxième est le programme d'accès à la prévention et aux soins pour les publics démunis (Praps), seul volet santé de la loi relative à la lutte contre les exclusions de juillet 1998 (LCE) ; la troisième est liée aux fondements de la politique de la ville : le contrat entre les collectivités locales et l'État, la réduction des inégalités sociales et des écarts entre territoires (habitants des quartiers populaires) et l'incontournable concertation interministérielle.

Le Comité interministériel des villes (CIV), instance de décision des mesures sous l'autorité du Premier ministre avec le ministre en charge de la Politique de la ville, décide de la mise en œuvre des ASV en décembre 1999. Il était question de faire converger les trois politiques : la santé, les affaires sociales et la ville sur le volet santé des contrats de ville. Un cahier des charges définissant le cadre, volontairement souple mais structurant, et les missions des ASV par la circulaire du 13 juin 2000 précise les modalités de mise en œuvre du volet santé des contrats de ville.

Un an après, suite à l'interpellation par des médecins libéraux des quartiers de la politique de la ville, viendront des travaux sur « l'amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé libéraux dans les quartiers de la politique de la ville » en 2001 [47]. Ils aboutiront à une mesure du Comité interministériel des villes en octobre 2001, dans le but de rompre l'isolement des professionnels libéraux et de combler le déficit en professionnels médicaux et paramédicaux dans les quartiers. L'exercice regroupé des professionnels de santé par la création de « maisons de santé », les études sur la faisabilité de ces structures et leur projet, et sur les besoins démographiques en professionnels de santé,

nous les retrouverons plus tard dans la loi du 1er août 2003[1] et jusqu'à aujourd'hui.

À cette période, impulser un nouveau cadre opérationnel sur ce thème relevait du défi. Il demandait d'introduire la concertation entre les institutions, les élus et les acteurs locaux. Le territoire étant l'espace fédérateur pour comprendre les enjeux locaux de santé avec l'ensemble des acteurs et des ressources en place, interroger les motivations et argumenter telle ou telle action demandait de mobiliser et de mettre à disposition, pour les promoteurs de projets, des données très souvent indisponibles. Données pourtant indispensables, notamment pour atteindre les objectifs assignés aux ASV, à savoir :

- identifier au niveau local les besoins spécifiques des publics en difficulté et les déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie ;
- faciliter la mobilisation et la coordination des différents intervenants par la création et le soutien à des réseaux médico-sociaux ;
- diversifier les moyens d'intervention en fonction de l'analyse des besoins par site ;
- rendre effectif l'accès aux services publics sanitaires et sociaux de droit commun ;
- développer, d'une part, la participation active de la population à toutes les phases des programmes (diagnostic, définition de priorités, programmation, mise en œuvre et évaluation) et, d'autre part, la concertation avec les professionnels et les différentes institutions du secteur sanitaire et social concernés par ces programmes.

Le terme de « démarche » pour les ASV, comme pour les contrats locaux de santé aujourd'hui, signifie l'engagement d'un processus basé sur la connaissance [17] des besoins de santé des habitants des quartiers, avec deux approches : épidémiologique et populationnelle. Cette connaissance est pluridisciplinaire par l'apport des sciences humaines et sociales. La programmation réalisée par les ASV donne lieu à un plan local de santé d'une ou plusieurs communes et devient le support d'une « politique locale de santé publique » [48].

Un nouveau chantier, rendu possible par la politique de la ville, s'ouvrait alors, permettant d'outiller les collectivités locales avec de nouvelles compétences, avec, d'une part, l'emploi d'une ingénierie de projet en santé publique et, d'autre part, l'adéquation des projets de territoire basés sur le diagnostic des besoins de santé. Diagnostic partagé qui est l'exercice pour chacune des thématiques de la politique de la ville : projets urbains, éducatifs, de sécurité, d'insertion pour l'emploi, développement économique. Ces dynamiques territoriales convergentes, favorisées par cette politique d'exception, créent des opportunités pour de nouvelles initiatives grâce aux liens sociaux de proximité mis en place.

« *L'atelier santé ville n'est pas une structure de plus mais le lieu de la coordination des acteurs en vue de l'élaboration d'un diagnostic partagé des problèmes à traiter, de l'adoption et de la mise en œuvre d'un programme d'actions concertées, de leur réalisation et d'une évaluation régulière des résultats obtenus* »[2].

Les ateliers santé ville après la phase expérimentale

On peut constater, *in fine*, que les ASV seront constamment soutenus par le CIV, avec des périodes fortes, en particulier la loi du 1er août 2003 dans le domaine de la santé et la création de l'Observatoire national des zones urbaines sensibles (Onzus), le soutien à l'émergence d'un nouveau réseau national d'élus, « Élus, santé publique & territoires », en octobre 2005 à côté d'autres réseaux de la politique de la ville qui n'avaient pas intégré cette thématique, enfin la décision du CIV de 2006 pour que la santé soit le 5e pilier de la politique de la ville dans les contrats urbains de cohésion sociale (Cucs) 2006-2013. La convergence politique avec le ministère de la Santé a été affirmée par la circulaire relative à « *l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de santé publique dans les territoires de proximité et au développement des ateliers santé ville* » en septembre 2006.

Les dix années qui ont suivi l'expérimentation [42] mise en œuvre en 2001 (30 ASV) en Seine-Saint-Denis (93) et dans les Bouches-du-Rhône (13), ont mobilisé, progressivement mais de façon inégale, les services déconcentrés de l'État au niveau départemental et/ou régional chargés de promouvoir les ASV auprès des collectivités locales, aboutissant à plus de 300 ASV fin 2012, dont 85 en Île-de-France. Des animations régionales ont fortement soutenu les coordinations et contribué à l'affirmation de la qualité des démarches infra-territoriales des ASV par les collectivités locales, à la mobilisation de partenaires (observatoire régional de la santé Rhône-Alpes[3] et d'Île-de-France, Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Ireps, centres de ressources pour la politique de la ville) en particulier en Aquitaine, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur et enfin en IDF en 2009 [36]. Travaux conduits et adaptés dans un contexte marqué par la nouvelle organisation du système de santé : loi d'orientation relative à la santé publique d'août 2004, mise en place des groupements régionaux de santé publique en 2005, jusqu'à la préparation et la promulgation de la loi Hôpital patients santé et territoires (HPST) en 2009.

Les productions des ASV sur les priorités de santé retenues localement, notamment à partir de l'émergence de la santé mentale [32], donnent lieu à des publications [12] aux éditions de la DIV et, dès leur phase d'expérimentation, par le Centre de ressources pour la politique de la ville – Profession banlieue. Les études et rapports sur les inégalités sociales de santé et les

1. Loi n° 2003-710 du 1er août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine.

2. Circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des ateliers santé ville dans le volet santé des contrats de ville 2000-2006.

3. *Les Échos des ateliers permanents du CR-DSU*, « De l'atelier santé ville au plan local de santé : vers une consolidation des dynamiques territoriales en santé », janvier- juin 2010.

écarts entre les territoires et les textes législatifs ont suivi, durant la décennie, les quatre étapes du développement des ASV [56] : le lancement (2000-2001), la montée en charge (2002-2005 [50]), l'expansion (2006-2008 [49]) et la transition (2009-2010), pour être aujourd'hui dans une phase de stabilisation et sans doute d'inscription dans le droit commun sans pour autant perdre leur pertinence.

C'est à partir de 2008-2009 [18, 25, 55] que l'on peut situer la visibilité des ASV au niveau national. Sept ans après la création des ASV, avec un pic de développement en 2006-2007, des moyens ont pu être octroyés pour une journée nationale avec le ministère de la Santé [22], suite à un séminaire national sur les inégalités sociales et territoriales de la santé [62] rassemblant les acteurs des communes et leurs partenaires autour des ASV, processus aboutissant à la création de la Plate-forme nationale de ressources des ASV en janvier 2012.

Malgré le peu de valorisation dans les politiques nationales, régionales et locales jusqu'ici, les ASV restent un modèle d'intervention dans leur conception comme dans leur production. Ils ont vocation à être, dans le nouveau cadre des contrats locaux de santé (CLS), les pilotes de la réduction des inégalités sociales de santé à une échelle fine [66] car ils constituent les seules dynamiques locales de santé observées sur ces territoires et fédérant les principaux acteurs. Sur le plan stratégique, aussi bien pour les agences régionales de santé que pour les élus des collectivités locales engagés dans un CLS, il est opportun de souligner que « *les ASV apportent une véritable plus-value au système de santé, en générant une dynamique inédite de coopération contractualisée entre l'État et les collectivités locales en matière de santé, dans le cadre d'une démarche de promotion de la santé. Cette valeur réside aussi dans leur capacité à initier et coordonner un projet territorial de santé et à développer des approches intersectorielles de promotion globale de la santé et d'accès aux soins en favorisant l'articulation avec l'ensemble des dispositifs existant dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville* » [10]. Les résultats obtenus par les ASV sont d'une ampleur probablement encore sous-estimée, peut-être par choix politique. La Plate-forme nationale de ressources des ASV a la lourde tâche de faire valoir leur spécificité [58], avec ses partenaires, et de les promouvoir comme levier de la démocratie sanitaire au niveau local.

État et collectivités territoriales : la contractualisation et les contrats locaux de santé

Sophie Schapman-Ségalié
Pierre Lombrail
Département de santé publique
EA 3412, UFR SMBH, université Paris13, Bobigny

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009 a fortement remodelé l'organisation du système de santé en France. Elle a fait de l'organisation territoriale du système de santé l'un de ses éléments essentiels et a confirmé ainsi un mouvement engagé depuis plusieurs années, tant sur le plan régional que local, avec les Sros de 3e génération notamment. Le but est de se rapprocher des réalités locales afin de mieux répondre aux besoins de santé des populations. Pilotée au niveau régional *via* les agences régionales de santé (ARS), cette politique doit ensuite être déclinée localement tout en tenant compte des spécificités de chaque territoire. À cet effet, la loi prévoit que la mise en œuvre du projet régional de santé (PRS) peut faire l'objet de contrats locaux de santé (CLS) conclus entre les ARS et les collectivités territoriales et leurs groupements (article L. 1434-17 du Code de la santé publique). Dans cette nouvelle configuration, les collectivités territoriales deviennent donc des partenaires privilégiés des ARS dans la mise en œuvre de la politique régionale de santé.

Les CLS sont mentionnés pour la première fois dans le cadre du plan Espoir banlieue en 2008 et présentés comme des « *prolongements contractuels des ateliers santé ville (ASV),* [qui] *permettent de développer, dans les collectivités locales éligibles, des moyens d'observation, de mobilisation et de coordination des ressources sanitaires* »[1]. Ils sont ensuite repris dans la lettre circulaire interministérielle DGS/DIV/DP1 n° 2009-68 du 20 janvier 2009 relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale et à la préparation de la mise en place des contrats locaux de santé. Ils doivent permettre de « *coordonner l'action publique de l'ARS et des collectivités territoriales, au service de l'amélioration de l'état de santé des populations concernées* »[2]. En

1. Comité interministériel des villes (2008). *Espoir Banlieue, une dynamique pour la France*. Dossier de présentation. Secrétariat d'État à la Politique de la ville.
2. Lettre circulaire interministérielle DGS/DIV/DP1 n° 2009-68 du 20 janvier 2009 relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale et à la préparation de la mise en place des contrats locaux de santé.

Île-de-France, « *les CLS concernent exclusivement les territoires particulièrement vulnérables, volontaires pour un engagement contractuel* ». Ces contrats, après l'avis de la conférence de territoire, sont habituellement signés pour une durée équivalente à celles des PRS, par les élus des collectivités territoriales et le représentant de l'État dans le département, à savoir le préfet dès lors que d'autres politiques de l'État sont engagées dans le processus telles que la politique de la ville, les politiques sociales et du logement, etc. Le cadre normatif étant assez souple, il permet une grande marge de manœuvre dans sa mise en œuvre en fonction des réalités de terrain. En conséquence, certaines régions ont fait le choix d'élargir le panel des signataires à tout ou partie des partenaires impliqués, comme le conseil général, l'assurance maladie ou l'union régionale des professions de santé.

Quels sont les enjeux des CLS ?

Tout d'abord, un CLS répond à une logique de déclinaison du PRS au niveau local : « *il renforce la qualité de la mise en œuvre de la politique de santé au niveau local dans le respect des objectifs inscrits dans le PRS* »[3]. Par ailleurs, les CLS ne s'installent pas sur des terrains vierges de toutes initiatives. En raison de l'expertise des élus locaux due à leur proximité des populations, de nombreuses collectivités territoriales ont développé des initiatives sanitaires en direction de leurs concitoyens et notamment dans le cadre de dispositifs tels que les ateliers santé ville (ASV), ou le mouvement villes-santé de l'OMS, Agenda 21, etc. Les CLS ont donc également pour objectif l'articulation, la coordination et la mise en cohérence de ces différentes politiques sanitaires et des dynamiques locales de santé – à savoir celles menées dans le cadre du PRS et celles résultant des démarches locales – afin de répondre plus efficacement à des enjeux sanitaires du territoire[4]. Ces enjeux sont censés être reconnus comme tels par les différents acteurs, à partir d'un diagnostic local partagé – auquel les habitants sont supposés participer. Ce diagnostic doit permettre d'identifier de concert des problèmes de santé prioritaires qui ensuite se déclineront en objectifs stratégiques et opérationnels, ainsi qu'en actions à mettre en œuvre à l'échelle locale, en cohérence avec les orientations régionales. C'est sur cette base commune que s'établira la contractualisation entre l'ARS et les collectivités territoriales. À court et moyen termes, cette démarche doit donc favoriser l'instauration et la consolidation d'une dynamique partenariale locale sur les questions de santé, ainsi qu'une concentration des moyens d'intervention et de financement sur des actions concertées. Cela ne signifie donc pas une perspective de financements supplémentaires, mais plus une réorganisation des fonds dans une recherche de plus grande efficacité.

Dans un souci d'amélioration de l'accès et de la qualité des soins, les CLS visent également à mettre en œuvre localement une approche transversale de la santé (*figure 1*, p. 46). Ils contribuent à rapprocher les secteurs du soin, de la prévention, de l'accompagnement médico-social et de la veille sanitaire qui, bien qu'interdépendants, restent trop souvent cloisonnés. Les CLS doivent par conséquent intégrer des objectifs et actions appartenant – si possible – à l'ensemble des champs de compétence de l'ARS. La mise en synergie des acteurs ayant des responsabilités à l'échelon local dans chacun de ces secteurs devrait favoriser cette transversalité. En effet, les communes et leurs groupements jouent un rôle essentiel en matière de prévention tandis que les départements ont en charge les questions du handicap et des personnes âgées et interviennent également sur les problématiques de l'insertion sociale et de la protection de l'enfance.

À cet enjeu de cohérence de l'action publique s'ajoute une ambition de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. En Île-de-France, les CLS ciblent principalement « *des territoires présentant une vulnérabilité particulière identifiée lors de la phase diagnostique du Plan stratégique régional de santé (PSRS)* »[5]. Pour déterminer les zones d'intervention prioritaires, l'ARS se réfère à un indice de développement humain (IDH-2) inférieur à 0,52. L'existence préalable d'un contrat urbain de cohésion sociale (Cucs) a également présidé au choix. Néanmoins, l'enjeu de mise en œuvre locale du PRS auquel répond le CLS peut entrer en contradiction avec l'objectif de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Des questionnements apparaissent en effet sur l'intégration dans le dispositif de communes proactives en matière de politique de santé mais ne remplissant pas les critères d'éligibilité en matière de vulnérabilité. Il conviendra aux ARS de clarifier ce point stratégique qui revêt toute son importance dans la lutte contre les inégalités territoriales de santé.

La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé se traduit également dans la volonté que les CLS incarnent une dimension intersectorielle de la politique régionale de santé et ce, dans le but notamment d'agir à la fois sur les déterminants sociaux de la santé et sur l'accès des personnes démunies aux soins. On attend du CLS qu'il décloisonne les secteurs et développe une approche globale de la santé. Son positionnement à l'échelon local permet de réunir ceux qui ont de réelles capacités d'action sur les déterminants sociaux de la santé à ce niveau. Juridiquement, les collectivités territoriales exercent des compétences dans des domaines indispensables à une politique de

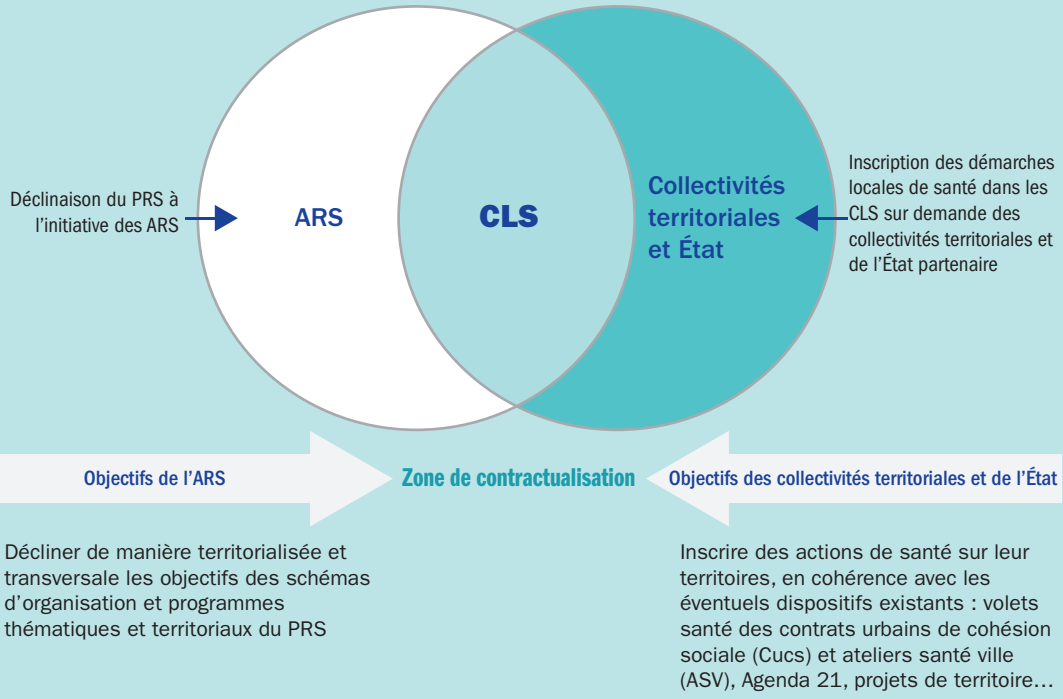
3. ARS-IDF (2011). *Éléments de référence sur les contrats locaux de santé (CLS). Présentation, périmètre et modalités d'élaboration des CLS*. Document de travail. En ligne : http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Le-kit-methodologique.116167.0.html (visité le 23 janvier 2013).

4. ARS-IDF (2011). *Éléments de référence sur les contrats locaux de santé (CLS). Présentation, périmètre et modalités d'élaboration des CLS*. Document de travail.

5. ARS-IDF (2011). *Éléments de référence sur les contrats locaux de santé (CLS). Présentation, périmètre et modalités d'élaboration des CLS*. Document de travail.

figure 1

Contrats locaux de santé (CLS) : répondre à deux logiques de mise en place



Source : ARS-IDF (2011). *Éléments de référence sur les contrats locaux de santé (CLS). Présentation, périmètre et modalités d'élaboration des CLS*. Document de travail. En ligne : **http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Le-kit-methodologique.116167.0.html** (visité le 23 janvier 2013)

santé efficace et équitable comme les secteurs de la formation, de l'enseignement, du sport, des transports, du logement, de l'environnement, etc. En consolidant le partenariat avec les collectivités territoriales, le CLS doit favoriser une plus grande synergie entre acteurs et conduire à des programmations intersectorielles efficaces pour lutter contre les inégalités de santé. Cependant, les autres leviers tels l'« empouvoirement » des habitants sont rarement mentionnés. De même, la discussion sur les stratégies de lutte contre les inégalités sociales et leur efficacité n'est pas systématiquement entamée. On peut donc se demander si les conditions sont réellement réunies – à ce niveau – pour avoir un impact sur les inégalités sociales et territoriales de santé à terme, ou si les CLS dans leur forme actuelle ne constituent pas les bases partenariales préalables – mais pas suffisantes – à tout programme de lutte contre les inégalités sociales de santé.

Au travers des CLS, les collectivités territoriales sont donc reconnues comme des partenaires de l'ARS pour la mise en œuvre d'une politique de santé concertée, avec une certaine valorisation des dynamiques locales préexistantes. Le choix du cadre juridique est d'ailleurs significatif puisqu'il s'agit d'une contractualisation entre partenaires et non plus de relations tutélaires comme par le passé. Ce changement requiert alors une évolution de mentalités au sein même des ARS, ainsi que de nouvelles compétences notamment en matière d'animation territoriale et de mobilisation de partenariats, et ce afin d'accompagner ce processus complexe où il faut combiner des logiques descendantes – décliner le PRS – et ascendantes – mobiliser les dynamiques locales. L'espace de proximité recherché et incarné par le CLS est clairement porteur de nombreuses attentes et des plus ambitieuses, notamment en ce qui concerne la réduction des inégalités de santé, mais on peut s'interroger sur leurs conditions de satisfaction. La lutte contre les inégalités sociales de santé ne peut pas reposer uniquement sur l'échelon local, mais doit s'intégrer dans une politique de santé publique qui en fait un objectif en tant que tel et non un simple principe d'action, et ce avec des ressources suffisantes et un appui méthodologique qui va bien au-delà de celui qui est disponible actuellement.

Les collectivités territoriales et l'offre de soins de proximité

Pierre de Haas
Président de la Fédération française des maisons et pôles de santé

Jusqu'à récemment, les collectivités territoriales n'ont guère eu à s'occuper de l'offre de soins de proximité. Quelques collectivités sont intervenues pour créer des centres de santé dans des territoires où la médecine libérale ne répondait pas à la demande de la population. Mais cela s'est arrêté avec l'augmentation importante du nombre de professionnels de santé dans les années 1980.

De nombreux items changent l'approche de l'organisation des soins de proximité

Démographie : la France compte des taux de professionnels de santé parmi les plus élevés d'Europe, mais leur nombre est en baisse. Des territoires qui avaient gagné un médecin ou un autre professionnel de santé suite à l'augmentation de leur nombre il y a trente ans, se trouvent « abandonnés » lorsque celui-ci se retire sans successeur.

Formation : la formation des professionnels de santé est orientée vers le soin et non vers l'organisation de la santé sur un territoire. En conséquence, beaucoup d'entre eux ont des difficultés d'organisation pour s'adapter à la demande locale.

Un exercice solitaire : le nombre de médecins généralistes travaillant seuls n'est passé que récemment sous la barre des 50 %. Si les infirmières exercent plus souvent en équipe, il n'en est pas de même des pharmaciens, qui gèrent majoritairement leurs officines en solo.

La relation au travail évolue dans notre société : la qualité de vie devient une exigence prioritaire avant la réussite professionnelle. La qualité des conditions d'exercice est une autre exigence fortement exprimée. Elle comporte une demande de travail en équipe et une meilleure organisation du travail.

Une évolution dans la gouvernance politique : la loi HPST a créé les ARS et a donné à son directeur général de grands pouvoirs sur l'organisation des soins de proximité. Il a capacité à intervenir sur l'organisation d'un territoire si les conditions d'accès aux soins ne sont pas correctes.

De nouveaux enjeux

L'évolution de la demande de soins : si les soins étaient le plus souvent liés à des pathologies aiguës il y a trente ans, les professionnels de santé sont dorénavant confrontés à des pathologies chroniques nécessitant des suivis plus coordonnés en équipe que par le passé. Une démarche de suivi de qualité des patients porteurs de pathologies chroniques, voire de cas complexes, passe par un plan personnalisé de soins. Cette démarche ne peut s'envisager que dans une équipe pluriprofessionnelle aux compétences complémentaires. C'est la raison du développement des maisons de santé.

La modernisation des métiers de la santé, avec en premier lieu le système d'information partagé autour du dossier patient, implique la nécessité du travail en équipe.

L'intervention des élus des collectivités territoriales

De nombreux territoires sont confrontés au départ de leurs professionnels de santé, qu'ils soient atteints par l'âge de la retraite ou qu'une organisation déficiente aboutisse à un épuisement. Ces situations inquiètent à juste titre les élus des collectivités territoriales. À la demande de leurs administrés, ils peuvent alors se saisir du dossier de l'organisation des soins, même si celui-ci ne fait pas partie de leurs compétences.

Les objectifs des élus territoriaux

L'objectif d'un élu est logiquement d'assurer un médecin ou une pharmacie dans sa commune ou son quartier. Mais cet objectif devient irréalisable. La modification du maillage des soins de proximité sur les territoires a débuté avec les médecins et va se poursuivre avec les pharmacies. Cet objectif est de toute façon mal posé. Le bon objectif est d'assurer aux habitants un accès à des soins de proximité dans des conditions de continuité et de qualité. Et cet accès ne se fera plus par un cabinet médical ou une pharmacie situés dans chaque commune ou chaque quartier.

Sur les territoires où se réalise un regroupement en maison, pôle ou centre de santé

C'est le cas fréquent de professionnels de santé, emmenés par un leader, qui décident d'un regroupement pour anticiper sur l'avenir. L'objectif des élus territoriaux devrait être d'aider ce groupe à porter son projet grâce à la facilitation de la question immobilière avec un éventuel portage public, l'aide à la recherche de subventions, ou la mise à disposition de moyens (salle de réunion, secrétariat transitoire du groupe), et enfin la médiation avec les autres élus du territoire. Si des professionnels de santé quittent une commune pour créer un regroupement sur une autre commune proche, il sera nécessaire d'expliquer aux habitants de la commune quittée ce qu'ils gagnent en contrepartie de la perte de ce professionnel. La réponse est que ce regroupement va créer les conditions optimales d'une meilleure organisation et d'une meilleure accessibilité. Il permet d'assurer la continuité des soins par le partage d'information concernant les patients (sous réserve de leur accord). Il permet aussi une permanence des

Revue bibliographique complète sur le site de la Fédération française des maisons et pôles de santé :
http://www.ffmps.fr/

soins. Et, enfin, d'améliorer la qualité des soins par un exercice partagé et coordonné entre plusieurs professionnels. Si les habitants de la commune perdent en proximité, ils gagnent en accessibilité, permanence et qualité des soins.

Sur les territoires qui connaissent une absence de médecin à moins de 30 minutes

Si ces secteurs sont encore très rares (récent rapport de l'Insee), ils se développent, particulièrement dans des zones rurales peu peuplées. Dans cette situation, de nouveaux modes de soins sont à inventer. Cela passe par des notions de transfert de compétences entre professionnels de santé et une coopération interprofessionnelle. Les éléments réglementaires existent (art. 51 de la loi HPST), même si des difficultés à leur mise en place sont encore patentes. Les médecins peuvent transférer des compétences aux infirmières et/ou aux pharmaciens. Les infirmières peuvent transférer aux auxiliaires de vie sociale. Les outils de télécommunication sont un appui et permettront au pharmacien ou aux infirmières du village éloigné d'assumer un suivi des patients sous réserve de protocoles de soins appropriés avec le médecin du secteur.

Dans ce contexte, l'objectif des élus territoriaux est d'accompagner l'innovation, en trouvant des solutions spécifiques au territoire (par ex. accès au haut débit, navette pour les usagers, prêt de locaux).

Sur les territoires où rien ne bouge en dépit de conditions d'aggravation de l'accès aux soins

Ce sont des territoires où les professionnels de santé n'ont pas pris la mesure des changements à mener, qu'ils n'aient pas l'énergie pour porter un projet, qu'ils n'aient pas les compétences pour ce faire, ou que la situation ne soit pas encore critique. C'est dans ce cas que les élus territoriaux peuvent accompagner le changement.

Accompagner le changement des territoires de soins de proximité

Anticiper la baisse de la démographie

Des collectivités territoriales agissent auprès des étudiants en médecine pour faciliter leurs stages dans les territoires éloignés des villes universitaires. Les résultats de ces aides sont encore incertains et méritent d'être évalués, mais l'impression subjective des professionnels est positive.

Analyser la situation du territoire

L'analyse territoriale des attentes et des besoins de la population, des professionnels de santé et des élus territoriaux est une étape incontournable avant de poser des hypothèses de solution. Le cahier des charges de cette analyse est rédigé avec précision. Selon le contexte, l'opportunité d'un regroupement est analysée, la question de l'accès aux soins, puis la motivation des professionnels de santé. Selon les questions posées à l'intervenant, l'analyse va jusqu'à émettre des hypothèses sur les modalités d'un éventuel regroupement (maison, pôle ou centre de santé), mais aussi sur le choix des implantations, les partenaires et les financements.

Accompagner le changement des professionnels de santé

Une fois cette analyse réalisée, les élus peuvent être des moteurs du changement vers une meilleure organisation. La constitution d'un noyau dur de professionnels motivés est une condition du succès. La sensibilisation des professionnels se fait par des visites dans des maisons de santé déjà réalisées ou des réunions avec des acteurs des fédérations régionales de maisons de santé. L'écriture par ces professionnels d'un projet de santé est la seconde condition du succès. C'est dans ce projet qu'ils définiront ensemble les conditions de l'accessibilité et de la coordination des soins sur le territoire. Des collectivités territoriales ayant des actions sanitaires ou sociales (atelier santé ville, contrat de santé local, centres de PMI, etc.) ont tout intérêt à créer du lien avec le projet de santé des libéraux.

Quand l'équipe, ou partie de l'équipe, choisit de ne pas investir sur l'immobilier, la collectivité intervient fréquemment pour porter l'opération ou la déléguer à un bailleur social. Cette option ouvre la porte à des subventions de l'État, des conseils régionaux et parfois généraux.

En résumé, si les collectivités territoriales n'ont pas la compétence sur l'organisation des soins de proximité, elles s'en saisissent de plus en plus souvent face à une difficulté des professionnels de s'organiser seuls. Nous pouvons espérer, en retour de cette dynamique, une meilleure prise en compte de la santé sur les territoires par les professionnels de santé regroupés. Les maisons de santé sont appelées à porter ces nouvelles aspirations de la population.

Hygiène publique, habitat insalubre et promotion de la santé

Dr Luc Ginot
Adjoint du directeur de la Santé publique, en charge des missions «Territoires, inégalité sociales, besoins et parcours de santé», ARS Île-de-France

Du casier sanitaire du XIXe siècle, destiné à identifier les «maisons insalubres» de Paris, à la loi de 1902, le lien entre habitat, hygiène publique et santé des populations fonda la santé publique en France, et le rôle des acteurs locaux. En quoi, aujourd'hui, rencontrons-nous à nouveau des éléments de cette longue histoire ?

Déploiement, effacement, renouveau d'une approche de la santé par les conditions de vie

Identification de l'insalubrité des quartiers par les cas de tuberculose, création des bureaux municipaux d'hygiène, cités-jardins… : les enjeux d'habitat et d'aménagement s'entremêlent avec ceux de santé publique en France, jusqu'à la lutte contre les bidonvilles des années 70, dans des logiques que sociologues ou historiens ont analysées. S'ensuivra pourtant un relatif effacement de l'agenda politique des questions d'hygiène publique et d'habitat insalubre. L'émergence du saturnisme infantile et la parution du rapport Bouché [11] sur l'habitat dégradé viendront, plus ou moins brutalement, à partir des années 90, remettre ces sujets au cœur des enjeux les plus concrets en santé publique. S'agissant des concepts, la diffusion de la charte d'Ottawa, de la notion de déterminants de santé – au rang desquels logement et habitat –, des travaux suivant la commission Marmot de l'OMS contribuent alors à réinscrire le logement (in) salubre et les conditions d'habitat dans la chaîne de construction des inégalités sociales de santé, replaçant le constat des acteurs de terrain dans un cadre théorique plus général.

Au-delà des frontières nationales, on voit depuis quelques années s'affirmer ou conforter (en Grande-Bretagne [68], Belgique, Canada, aux EU [41]…) des approches intégrées de l'habitat insalubre et de ses impacts sanitaires, alliant compréhension fine des mécanismes sanitaires, sociaux, techniques, urbains, et économiques.

L'habitat insalubre, entre santé urbaine, inégalités sociales et territoires

Objet réglementaire, au mieux politique, la lutte contre l'habitat insalubre et ses conséquences sanitaires pose, bien au-delà, des questions de fond en santé publique. D'une part, on y retrouve intriqués des enjeux environnementaux – bâti, propreté des parties communes, intoxications CO ou plomb – et des enjeux sociaux – l'habitat insalubre accueille les populations défavorisées et constitue, on l'a dit, l'un des modes spécifiques de production d'inégalités. Ces dimensions sont indissociables : ségrégation dans l'accès au logement, précarité énergétique, statut social ou juridique, pauvreté font jonction entre difficultés du bâti et difficultés des occupants, rendant vaine toute tentative d'appréhension unilatérale du problème. Par ailleurs, l'habitat insalubre est présent sur l'ensemble des territoires [31], sous des formes variables, des concentrations urbaines aux formes spécifiques au milieu rural. Mais il n'est pas présent «par hasard», indépendamment de l'histoire sociale, urbaine, foncière des territoires concernés : les territoires (communes, quartiers…) socialement les plus défavorisés sont ceux qui concentrent l'habitat insalubre ; celui-ci devient ainsi l'une des voies de passage entre inégalités sociales de santé et inégalités territoriales de santé – et, par là même, l'un des rares moyens d'aborder par des *leviers d'action territoriaux* des inégalités de santé construites selon des *logiques sociales*. Au surplus, la concentration variable de cet habitat rend sa résorption plus ou moins facile, à la portée des acteurs locaux : aux inégalités sociales, territoriales, peuvent se rajouter des inégalités structurelles dans la capacité à intervenir localement. Ainsi, l'habitat dégradé ou insalubre apparaît comme le point de convergence de préoccupations sanitaires à dimensions environnementale, sociale, et territoriale.

Le rôle du maire : une interpellation forte, des réponses variables

L'intervention des collectivités locales reflète la complexité de ces enjeux. Le plus souvent, c'est la/le maire qui est interpellée/é, tant par les habitants que par les associations. Cette interpellation se fait, de façon générale, explicitement autour des pathologies perçues comme induites par le logement ou la dégradation de l'hygiène, mais aussi autour de la surpopulation [33], facteur de risque sanitaire trop ignoré en France. Les collectivités locales ont développé des stratégies contrastées : de l'accompagnement individuel à l'alliance avec les associations, de l'incitation à la rénovation de l'habitat (Opah) aux politiques coercitives, du coup par coup à la résorption proactive. Cette réponse publique territoriale peut se limiter à la réglementation de la sécurité et des périls (noyau dur des compétences municipales) ou inclure de vraies approches globales de promotion de la santé, en articulation avec les PMI, les centres de lutte antituberculeuse, ou les secteurs psychiatriques. Parfois, l'intervention publique a pu se résumer à une négation du problème, voire à une intervention néo-haussmanienne favorisant la spéculation immobilière et le rejet des populations précaires.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 66.

Le Code de la santé publique : grandeur et incertitudes

Dans ce contexte, le Code de la santé publique est un texte aux ressources insoupçonnées. Sans juridisme, dégageons-en les lignes de force. La salubrité, et singulièrement celle de l'habitat, est une exigence partagée, dont l'application incombe à l'État et au maire. Cette exigence est fondée sur une responsabilité publique en santé. Elle prévaut – particulièrement dans le cas du saturnisme infantile – sur le droit de propriété, et autorise le préfet ou le maire à procéder d'office à des travaux – souvent légers, parfois bien plus lourds, aux frais du propriétaire. Celui-ci est tenu pour comptable de la santé des occupants des biens qu'il possède. Les textes adjacents décrivent en outre les droits des occupants liés à l'insalubrité du logement. On le voit, la philosophie du CSP n'est pas neutre, et le législateur a acté des principes forts, éthiques, qui impactent bien au-delà de leurs dispositions propres, et ouvrent des voies à la promotion de la santé.

Mais, comme souvent, l'essence des textes est masquée par leur complexité d'écriture. Cette complexité, pourtant loin d'être rédhibitoire pour des acteurs motivés, peut servir de facile prétexte à l'inaction.

Par ailleurs, on note l'émergence, dans la mise en œuvre de la politique publique, d'une forme de fragmentation des acteurs (extension de la notion d'opérateurs : sociaux, techniques, etc., à qui l'action publique est « sous-traitée »), accompagnant la rétraction des effectifs de l'administration. Ces modes opératoires interrogent aussi les démarches en promotion de la santé – qu'ils soient interprétés comme les favorisant (diversification des cultures professionnelles) ou les freinant (perte des savoirs pluriprofessionnels, éparpillement des intervenants…).

Les SCHS, objets hydrides de la santé publique ?

C'est à l'aune de cette complexité qu'il faut examiner les services communaux d'hygiène et de santé, instruments atypiques de l'action publique. On l'oublie trop souvent, il s'agit pourtant de l'outil territorial de santé publique le plus ancien et le plus généralisé en France. Plusieurs rapports de l'Igas [40] en ont analysé points forts et faiblesses. Deux spécificités sont à relever : en termes d'objectifs, il s'agit d'équipes dédiées – dans les textes – à la santé publique, dans une logique définie comme à la fois territoriale et axée sur des déterminants de santé. En termes de moyens, il s'agit de fonctionnaires municipaux, mais exerçant, au moins en partie, des pouvoirs de police de l'État, sous la houlette d'un directeur remplissant des fonctions d'expertise (rapport et proposition d'arrêté) ailleurs attribuées au directeur de l'ARS. Ainsi, il s'agit clairement de services municipaux chargés d'appliquer la politique de l'État, sous le contrôle du préfet, en substitution partielle de l'ARS, touchant pour cela une dotation *ad hoc*, et dans un champ défini comme sanitaire. Deux cent huit villes (« exerçant effectivement » les missions au moment des premières lois de décentralisation) sont, depuis 1983, dotées de ce service.

Là encore, la réalité est contrastée. Si plusieurs d'entre eux ont évolué vers des services de santé publique intégrés, alliant action sur l'habitat insalubre, le bruit, les pollutions, à la promotion de la santé ou aux vaccinations, si plusieurs ont su faire naître des ateliers santé ville, il est d'autres communes où la santé publique reste confinée à une application stricte de la réglementation. Il en est où les SCHS sont intégrés, voire instrumentalisés dans des services purement urbains ou techniques, aux dépends de leur mission initiale. Il en est enfin trop dont l'activité a purement et simplement été réduite ou supprimée, sans que pour autant les moyens délégués par l'État soient abandonnés.

Si regrettable que soit cette diversité, elle montre que, à partir d'un socle obligatoire de compétences réglementaires, une stratégie pragmatique de promotion de la santé peut se développer ; cette stratégie répond en particulier à des questions complexes (les liens entre l'habitat et la santé psychique, la réponse intégrée aux questions d'asthme sévère, l'empowerment de familles autour de leurs enjeux de santé…).

C'est dans cette logique qu'il faut revisiter les opportunités qu'offre le statut complexe des SCHS : il apparaît alors comme le cadre idéal pour une approche holistique mais opérationnelle des inégalités de santé. Il apparaît aussi, par sa « double tutelle », comme une garantie possible – si mobilisée – de la solidarité nationale représentée par le préfet à l'égard des territoires les plus en difficulté.

Le maire, l'habitat insalubre, le SCHS et les inégalités sociales de santé… : que naissent 208 Ottawa ?

On le voit, la discussion sur le rôle possible des collectivités et de leurs outils en matière d'habitat insalubre et d'hygiène publique dépasse la simple exégèse juridique. Ce débat fait écho aux enjeux sur les déterminants de santé, aux enjeux de la charte d'Ottawa, aux enjeux de la lutte contre les inégalités : à chaque collectivité, à chaque SCHS de s'en emparer ?

L'appui aux collectivités territoriales par l'ingénierie

Vincent Baudot
Consultant en santé publique, Icone médiation santé,
accueil@iconemediationsante.fr

La santé est de plus en plus reconnue comme un élément majeur de la vie économique et sociale et comme un enjeu de l'aménagement du territoire.

Une des questions posées aujourd'hui est celle du niveau territorial de définition et de mise en œuvre pertinent pour les politiques de santé et ce, dans un souci permanent d'accessibilité de la population à des services de santé de qualité.

Si le niveau régional est de plus en plus souvent celui de la définition et de la programmation de la politique (concrétisée par l'élaboration d'un projet régional de santé par les agences régionales de santé), le niveau de sa mise en œuvre est local. La commune et plus souvent l'intercommunalité apparaissent alors comme le territoire adéquat pour la déclinaison d'une politique de santé car elles représentent à la fois une échelle possible d'organisation de professionnels et de services, mais aussi un niveau de proximité pour les habitants.

Une démarche menée à l'échelle d'une commune ou d'un établissement public de coopération intercommunale (EPCI) peut permettre aux acteurs de mieux appréhender les problèmes de santé constatés sur leur territoire, de s'auto-organiser et de développer des projets nouveaux et adaptés. Cela implique de réfléchir en amont aux besoins des populations, à l'état de l'offre de soins et de prévention, à l'accessibilité de celle-ci. L'objectif est aussi et surtout de penser aux articulations entre les services et les professionnels de manière à optimiser les ressources existantes dans la perspective d'un service de qualité à la population, évitant les ruptures de prises en charge dans le parcours de soins et de santé.

Cabinet conseil en santé publique, Icone médiation santé intervient très régulièrement auprès des communes et de leurs regroupements qui souhaitent apporter des réponses pertinentes et réalisables aux problèmes de santé publique sur leur territoire.

Nous présentons ici les enseignements tirés de nos missions.

La définition d'un projet local de santé : des ateliers santé ville aux contrats locaux de santé

Nos premières interventions auprès des collectivités territoriales ont été menées dans le cadre de la politique de la ville, à travers ses programmes de développement social urbain (DSU), puis de contrat de ville et, aujourd'hui, de contrat urbain de cohésion sociale (Cucs). Depuis 2000, nous nous sommes impliqués dans la réalisation de nombreux diagnostics santé pour la mise en œuvre des ateliers santé ville (ASV). L'attente de nos commanditaires était de mobiliser une dynamique partenariale tant dans l'analyse des besoins que dans l'identification de stratégies d'actions. La double approche souhaitée, à la fois quantitative (recueil et analyse des données statistiques épidémiologiques et socio-démographiques relatives au territoire) et qualitative (analyse des points forts et faibles de l'offre sanitaire et médico-sociale et du partenariat, démarche participative avec les habitants et partagée avec les professionnels), faisait appel à nos compétences méthodologiques en termes d'analyse des données chiffrées, d'entretiens qualitatifs, et d'animation de groupes de travail (technique de Delphes, et méthode Metaplan®, *Focus Group*), ainsi que nos connaissances des liens entre « santé » et « précarité » (Inégalités sociales de santé). La logique ascendante revendiquée par les ateliers santé ville était ainsi respectée, le projet local de santé étant défini de façon pragmatique à partir des constats et des attentes des populations et des acteurs de terrain, confortés par les quelques données statistiques disponibles.

Depuis 2010 (suite à la loi de juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires), les collectivités locales et leurs groupements peuvent conclure avec les agences régionales de santé, et éventuellement d'autres partenaires, un contrat local de santé visant à mettre en œuvre un projet local de santé.

Bien que toujours basée sur un diagnostic territorial comme pour les ASV, l'élaboration du projet local de santé préfigurant un contrat local de santé nécessite cependant d'aborder de façon complémentaire les enjeux stratégiques politico-institutionnels des principaux partenaires. La dimension contractuelle du dispositif de coopération semble être à l'origine de cette modification d'approche. La logique d'élaboration du projet local de santé n'est plus uniquement « ascendante », elle est aussi « descendante ». Il s'agit d'articuler les interventions au niveau local avec les priorités du projet régional de santé défini par l'ARS. La notion d'engagement mutuel y est importante. Une des conséquences les plus manifestes est la forte mobilisation des élus des collectivités dans le processus d'élaboration du contrat local de santé. Nous sommes donc aussi sollicités pour aider les décideurs à identifier les enjeux stratégiques de chacun et à déterminer la « zone de contractualisation possible » entre des futurs signataires. Dans notre accompagnement, la question de la gouvernance du contrat local de santé devient alors centrale. L'articulation entre contrat local de santé et atelier santé ville est aussi souvent présente dans ces démarches. La santé sur les territoires de la politique de la ville demeure en effet un domaine charnière entre les agences régionales de santé et l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances. Afin de

favoriser la mobilisation des moyens de droit commun en faveur de la santé des habitants des quartiers prioritaires, l'articulation entre les contrats locaux de santé et le volet santé des Cucs constitue un enjeu important, offrant ainsi la possibilité aux CLS de s'appuyer sur les dynamiques existantes d'animation et de coordination des territoires, et notamment sur les ressources dédiées.

Ainsi, sur l'agglomération de Béziers (Hérault, Languedoc-Roussillon), parallèlement à la réalisation d'un diagnostic partagé avec l'ensemble des acteurs du territoire, nous avons aidé les trois futurs signataires du contrat local de santé (l'ARS Languedoc-Roussillon, la communauté d'agglomération Béziers Méditerranée – CABM – et la ville de Béziers) à identifier les principaux enjeux stratégiques transversaux de leur contrat local de santé : sécuriser et consolider les dynamiques existantes, veiller à une couverture géographique plus harmonieuse et tenant compte des compétences territoriales de chaque partenaire, définir les orientations prioritaires à court terme tout en mettant en perspective de nouvelles problématiques à moyen terme, positionner l'évitement de la rupture de la prise en charge dans les parcours de santé comme un des points centraux du contrat local de santé…

Un modèle de gouvernance du contrat local de santé a été défini, tenant compte notamment de la forte mobilisation dans la démarche CLS de nombreux partenaires non signataires du contrat local de santé (mise en place d'un comité consultatif) et de l'existence sur le territoire de dynamiques partenariales (un atelier santé ville et un réseau polyvalent de santé formalisé).

Sur Marseille (Bouches-du-Rhône, Provence-Alpes-Côte d'Azur), notre accompagnement pour la définition du second contrat local de santé se concrétise en l'animation de séminaires réunissant les signataires du CLS (la ville de Marseille, l'ARS Paca et la préfecture) et associant les ateliers santé ville.

Le premier objectif est de renforcer la capacité du collectif à appréhender la question des inégalités de santé qu'il sera nécessaire de décliner dans les objectifs et les différentes actions définies et choisies pour le CLS 2.

Le second objectif est d'aider à l'identification de « la zone de contractualisation » possible et cohérente avec le projet du service de la santé publique et des handicapés de la ville de Marseille, avec le projet régional de santé de l'ARS Paca et avec le volet santé du Cucs. Pour ce travail, il a été nécessaire de croiser les orientations politico-institutionnelles des futurs signataires. Toutefois, pour éviter que le CLS 2 soit « simplement » le cumul de ces différentes orientations, il a été fait le choix que celles-ci soient interrogées à partir d'une base récente (2012), commune (c'est-à-dire non spécifique à l'une des parties) et distanciée (construite par un organisme d'expertise indépendant) : le bilan santé Marseille 2012 de l'observatoire régional de la santé (ORS Paca).

Le troisième objectif est de définir le futur mode de gouvernance du CLS. L'articulation avec les ASV est ici l'un des enjeux importants de ce travail.

Le bilan du premier contrat local de santé, aussi bien concernant les résultats obtenus sur les différentes thématiques inscrites au CLS que sur la gouvernance de celui-ci, est aussi l'un des éléments pris en compte dans la réflexion.

Ces deux exemples d'accompagnement démontrent bien l'évolution récente de nos missions auprès des collectivités locales. Il s'agit principalement de l'intégration d'une assistance à la définition des orientations stratégiques communes tenant compte des enjeux politico-institutionnels de chaque signataire. La définition du mode de gouvernance le plus approprié compte tenu du contexte local devient alors un objet central de l'accompagnement.

L'organisation des soins de premier recours : à la recherche de solutions pour le maintien et l'amélioration de l'offre de soins

Dans un contexte où la démographie médicale crée un certain nombre d'inégalités géographiques, l'organisation sanitaire nécessite, notamment dans les territoires ruraux, mais aussi sur certains quartiers de la politique de la ville, de repenser différemment les services à la population en développant des regroupements de professionnels de soin et de nouvelles articulations entre le sanitaire, le médico-social et le social, entre la médecine libérale et hospitalière. La coopération entre professionnels se met en place dans de nombreux territoires au sein de maisons et pôles de santé.

Même si les projets d'exercice partagé sont pour la plupart portés directement par les professionnels de santé libéraux, certaines collectivités locales se mobilisent en amont de toute initiative privée pour essayer d'anticiper ou résoudre les problèmes de permanence des soins, de démographie médicale et plus généralement d'accès aux soins de premier recours.

Ainsi, la ville de Nemours (Seine-et-Marne, Île-de-France), dans le cadre de l'élaboration de son contrat local de santé, nous sollicite en 2012 pour animer plusieurs séances d'un groupe de travail en soirée, composé de professionnels de santé libéraux et de représentants du centre hospitalier. Les premières séances ont pour objectifs d'identifier les problèmes d'accès aux soins de premier recours, ainsi que les solutions ou voies possibles d'amélioration. Un dialogue s'instaure alors entre les différents participants. Il apparaît rapidement la nécessité de prolonger ce dialogue entre la mairie, le centre hospitalier et les professionnels de santé libéraux. Le résultat de ce travail se concrétise par la mise en place d'un collectif « soins de premier recours », lieu ressource collaboratif pour les professionnels de santé dont l'objectif est d'offrir un cadre partenarial aux professionnels de santé libéraux et hospitaliers afin de définir collectivement les conditions optimales d'un accès aux soins de premier recours sur Nemours. Il s'agit d'éviter une désertification médicale, de définir les conditions d'un exercice regroupé compatible avec le maintien du service des urgences, de recenser les mesures attractives pour attirer de nouveaux praticiens

libéraux, d'améliorer la permanence des soins, d'assurer une gestion coordonnée des parcours de santé (incluant l'éducation thérapeutique du patient, une meilleure organisation des entrées et sorties d'hospitalisation…).

Autres latitudes, contexte différent. La communauté de communes de la vallée de la Barousse, dans les Hautes-Pyrénées, s'inquiète du risque de désertification médicale. Sur les quatre médecins, deux sont âgés de plus de 60 ans, et il n'est pas facile de trouver des jeunes médecins prêts à créer un cabinet dans ce territoire rural. Misant sur le fait qu'un projet de maison de santé pluri-professionnelle sera attractif pour de jeunes professionnels, la communauté de communes nous sollicite en juillet 2012 pour un accompagnement. Une étude de faisabilité est d'abord conduite afin d'identifier les attentes des professionnels de santé et des élus, mais aussi leurs craintes et leurs conditions d'engagement dans un tel projet. Cette étude de faisabilité montre que tous les professionnels de santé du territoire sont intéressés pour développer les coopérations pluri-professionnelles ; la majorité se regroupe physiquement, les autres participant au projet de santé commun tout en restant dans leur cabinet. En plus des professionnels déjà installés sur le territoire, de nouveaux professionnels viennent s'associer au projet, attirés par la perspective d'un exercice partagé dans une MSP. L'accompagnement se poursuit alors avec les professionnels de santé sous forme collective, pour les aider à élaborer en commun un projet de santé, abordant aussi bien les modes d'organisation dans les locaux communs, l'accueil de stagiaires, les modalités de coopération sur les maladies complexes (notamment la prise en charge des personnes âgées dépendantes), l'approche juridique. Parallèlement, nous assurons une médiation entre les élus et les professionnels de santé. Plusieurs aspects se négocient ainsi progressivement, tels que la reconversion des locaux existants, le statut juridique, le partage des coûts des nouveaux locaux, l'investissement informatique. Fin décembre 2012, le projet de santé rédigé est présenté à l'agence régionale de santé, avec laquelle les négociations vont se poursuivre.

Au travers de ces exemples, nous voyons que les collectivités locales et leurs regroupements se positionnent de plus en plus comme des acteurs incontournables des politiques de santé publique, aux côtés des professionnels de santé et de l'ARS. Ce partenariat nécessite de bien comprendre les attentes et positionnements de chaque type d'acteurs, de les concilier, tout en clarifiant la répartition des rôles entre eux. C'est aujourd'hui l'élément central de notre accompagnement.

Le Réseau des villes actives du Programme national nutrition santé

Dr Yves Pagès
Président de Défi santé nutrition, président de la Société française de sport santé

Le Programme national nutrition santé est né d'une volonté politique faisant écho aux objectifs nutritionnels fixés par le Haut Comité de santé publique.

Sa mise en application pratique auprès des populations a trouvé au sein des collectivités une réceptivité facilitée par les chartes d'engagement en nutrition.

L'engagement des communes signataires au sein du Réseau des villes actives du PNNS a ensuite fortement contribué à la diffusion, à la cohérence et à la montée en qualité de cette politique ambitieuse de santé publique.

Le Programme national nutrition santé a été initié en 2001, reprenant les objectifs nutritionnels de santé publique fixés par le Haut Comité de santé publique. Pour que ses recommandations ne restent pas à l'état d'intention et pour leur donner une réalité pratique, une déclinaison territoriale était indispensable. Les municipalités, par leurs compétences, leurs liens avec les populations et de nombreux acteurs intervenant dans les domaines social, sanitaire, éducatif, jeunesse et sports, sont des acteurs importants pour la mise en œuvre d'interventions de proximité. Dans cette logique, les villes ont été incitées dès 2004 à signer une charte des villes actives du PNNS, dans laquelle elles s'engagent à devenir un « acteur actif » du PNNS en mettant en œuvre, au moins une fois par an, une action conforme au PNNS et à veiller à ce que toute action nutritionnelle impliquant la collectivité n'aille pas à l'encontre des repères de consommation du PNNS.

Cette charte d'engagement de la collectivité en nutrition santé, cosignée par le maire, le ministre de la Santé et le président de l'Association des maires de France, s'inscrit dans une démarche officielle et solennelle rappelant les responsabilités de la commune en matière de santé publique.

Localement, le suivi de ces engagements est assuré par deux référents communaux, l'un élu, l'autre issu de l'administration communale.

Pour que les municipalités ne se retrouvent pas isolées dans leur démarche, qu'elles puissent communiquer entre elles, se sentir solidaires d'une même mission et qu'elles puissent profiter des bonnes idées en nutrition santé mises en pratique sur le terrain par d'autres collectivités engagées par la charte, est née l'idée de mettre en réseau toutes les villes signataires, avec aussi le souhait de créer ainsi une dynamique encourageant d'autres adhésions.

Un site internet centralisant les actions des villes

C'est ainsi qu'à son initiative et sous sa responsabilité l'association brestoise Défi santé nutrition a mis en place, début 2008, avec le soutien de la Direction générale de la santé, le Réseau des villes actives du PNNS, dont le point de rencontre et le lien sont le site internet : http://www.reseauvillesactivespnns.fr/, centralisant toutes les actions en nutrition des villes actives.

Ce site offre plusieurs fonctionnalités : d'abord celle de répertorier et visualiser sur une carte de France toutes les collectivités signataires de la charte. Actuellement, le réseau compte plus de 300 collectivités, essentiellement des communes, représentant une population de 13 millions d'habitants.

Une boîte à outils est disponible sur le site permettant de consulter les documents de l'Inpes sur la nutrition. Un lien avec le site www.evalin-nutrition.fr est assuré pour la recherche d'éléments d'évaluation.

Les actions nutrition engagées par les collectivités sont décrites dans une fiche action détaillée, qui avant sa publication sur le site est soumise à l'appréciation d'un comité scientifique pour validation.

Ce comité, composé d'experts issus des agences régionales de santé, des observatoires régionaux de santé, de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, des directions régionales jeunesse et sport, de la Société française de sport santé, des Villes santé OMS et de Défi santé nutrition, apprécie la conformité de l'action aux recommandations du PNNS et son intérêt en matière de nutrition santé. Ce cadrage, cette mise en cohérence, est aussi le garant du sérieux et de la qualité des actions engagées qui sont ensuite publiées sur le site.

Toutes ces fiches action des collectivités territoriales, colligées sur le site, sont accessibles de façon détaillée à tous les référents communaux, qui disposent chacun d'un identifiant et d'un mot de passe, mais aussi au grand public, qui peut consulter les résumés des actions.

La recherche peut se faire sur la page d'accueil par type d'action défini dans les deux champs thématiques de l'alimentation et de l'activité physique et selon plusieurs leviers stratégiques : information-communication/éducation/formation/actions visant à créer ou modifier l'offre de service. La recherche d'action peut aussi se faire par type de public visé et par région.

Ainsi, le Réseau des villes actives du PNNS et son site internet valorisent les actions des villes qui sont donc visibles aux yeux de tous, pouvant faire naître une saine émulation dans l'avancée de leurs projets en nutrition santé ainsi qu'un sentiment d'appartenance à un réseau socialement utile.

Mais le réseau permet surtout de mutualiser les actions mises en œuvre. Le site internet du réseau est donc l'outil essentiel de cette mise en commun qui permet de partager les expériences et les projets pour répondre aux interrogations des référents, et aider élus et services municipaux dans la conception et la mise en œuvre de projets toujours plus innovants, ou l'adaptation locale d'une action qui a fait ses preuves ailleurs.

Le site permet de constituer une base de projets en nutrition évolutive (alimentation et activité physique), consultable sur internet. Cette base, par sa mutualisation, représente une source d'information et d'inspiration pour de nouveaux projets des collectivités actives, susceptible de créer une dynamique pour faire progresser l'emprise territoriale de la prévention en santé nutrition.

En témoignent les plus de 12 000 connexions recensées en 2012, à partir d'un accès au site effectué préférentiellement à 60 % par le moteur de recherche Google, et les 230 nouvelles actions publiées où prédominent pour plus d'1/3 les actions d'éducation et également pour 1/3 celles visant les publics d'enfants-adolescents, ce qui se comprend aisément compte tenu de la compétence des communes en matière d'écoles publiques. Cependant, on constate qu'une large majorité des référents ne consultent le site que moins d'une fois par mois.

Mais la réussite d'une bonne mutualisation des actions des villes actives, objet principal du réseau, suppose que la qualité de ces actions et de leur retranscription sur le site soit suffisante pour qu'elles soient exploitables et profitent au plus grand nombre.

On peut ainsi retenir un certain nombre de limites à la mutualisation :

- Principalement, des fiches actions insuffisamment décrites et renseignées.
- Également, le défaut de recrutement dans le réseau de communes qui, mettant pourtant en œuvre des actions en nutrition, ne signent pas pour autant la charte d'engagement. Leurs actions ne peuvent être recensées, ni évaluées, ni validées, et échappent ainsi à la mise en ligne pour tous.
- Il faut signaler aussi l'oubli de certaines villes, pourtant actives, de retranscrire sur le site des actions pourtant engagées.
- D'autres, non respectueuses de leur engagement initial, n'ont plus d'action après la signature de la charte. Il y a là un manque de discipline préjudiciable à la dynamique de groupe.
- Ce manque d'implication peut se retrouver dans une fréquentation insuffisante du site par les référents.
- Nous retiendrons aussi un manque de visibilité du réseau parmi les nombreux acteurs institutionnels, réseaux associatifs et multiples initiatives présents autour de la nutrition santé.
- Certaines limites peuvent aussi être imputées au fonctionnement du site lui-même, tout le monde n'étant pas égal dans le maniement d'internet.
- Nous citerons aussi une maitrise inégale des collectivités en méthodologie de projet et des capacités budgétaires qui peuvent limiter les ambitions de petites communes à reproduire certaines actions de plus grandes villes.
- Les communes peuvent enfin oublier de signaler les changements de référents ou les modifications de

mails, ou de faire remonter aux ARS leur bilan annuel de fiches actions.

Le constat des facteurs limitant la mutualisation doit faire promouvoir un certain nombre d'opportunités. Elles passent d'abord par une meilleure communication institutionnelle, évitant la dispersion, pour mieux faire connaître le Réseau des villes actives comme outil officiel de la mutualisation du PNNS :

- en subordonnant l'utilisation du logo « Villes actives PNNS » à la mise en œuvre d'au moins une action par an publiée sur le site ;
- en formant mieux au PNNS et en accompagnant davantage les référents communaux ;
- en améliorant la qualité des fiches actions, où les pôles de compétence régionaux en éducation pour la santé (Ireps) peuvent apporter une aide en méthodologie de projet ;
- en complétant les fiches d'éléments d'évaluation pertinents, grâce au lien avec le site Evalin. La refonte récente du modèle de fiche action à remplir, avec des rubriques plus détaillées à réponse obligatoire, est de nature à améliorer sensiblement la qualité de retranscription des actions ;
- en relançant les communes pour qu'elles consultent plus régulièrement le site et produisent de nouvelles actions ;
- en favorisant davantage les rencontres et échanges de compétences entre villes voisines.

Soulignons enfin le rôle important que doivent jouer les ARS comme relais régional pour recruter de nouvelles collectivités, notamment en organisant à leur intention des réunions de sensibilisation au PNNS, mais aussi pour suivre sur le site l'avancement de la base de projet en nutrition des collectivités de leur territoire.

Au total, nous retiendrons que le Réseau des villes actives du PNNS représente un outil essentiel mais perfectible pour la mutualisation des actions nutrition des collectivités et leur diffusion sur le territoire national.

Un renforcement de la communication, la montée en puissance des ARS sur le réseau, le concours des pôles de compétence en région sont de nature à optimiser son fonctionnement pour installer sur le territoire national une référence européenne originale en matière de prévention santé nutrition.

Les perspectives de développement du réseau offrent une excellente opportunité pour la promotion de l'activité physique et de l'équilibre alimentaire à travers le vecteur de proximité incontournable que représentent les collectivités locales, devant permettre une réelle avancée pour une prise de conscience de la population et pour faire évoluer les comportements.

tribunes

L'État et les collectivités territoriales

Il y a des enjeux communs dans le partenariat État-collectivités sur l'organisation des soins de premier recours, la prise en charge des plus fragiles (personnes âgées, handicapées, personnes précaires, jeunes…) et sur les habitudes et conditions de vie qui influencent l'état de santé.

Nicolas Prisse
Médecin de santé publique, chargé de mission auprès du secrétaire général des ministères des affaires sociales

La situation sanitaire française est marquée par divers paradoxes :
– l'espérance de vie à la naissance est parmi les plus élevées au monde, mais de profondes inégalités sociales de santé existent ;
– le système de santé, longtemps qualifié d'exemplaire, coûte cher et ne parvient pas à juguler certaines inégalités d'accès aux soins.

L'action de l'État en matière de santé est désormais largement portée par les agences régionales de santé (ARS)

Ainsi, les 26 agences régionales de santé, établissements publics à caractère administratif, créées par la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST), ont été chargées de mettre en œuvre la politique de santé, définie au travers de trois priorités nationales :
– améliorer l'espérance de vie en bonne santé ;
– promouvoir l'égalité devant la santé ;
– développer un système de soins et de santé de qualité et efficient.

Dès leur préfiguration, puis à leur création, les ARS ont ainsi conduit un chantier colossal de réforme de l'État dans le domaine de la santé par la fusion d'administrations et services, l'élaboration de nouvelles organisations et modalités de travail, et l'accompagnement de personnels, issus d'origines diverses, auxquels on a confié de nouvelles missions.

Elles ont mis en place une programmation ambitieuse et novatrice : le projet régional de santé (PRS), composé d'un niveau stratégique (le plan stratégique régional de santé), de trois schémas sectoriels (schéma régional de prévention, schéma régional d'organisation des soins et schéma régional d'organisation médico-sociale) et de divers programmes régionaux et territoriaux.

Les ARS se sont appuyées sur un principe, pour partie à l'origine même de leur création : la transversalité entre des secteurs jusqu'alors envisagés et « administrés » de façon distincte (prévention, soins ambulatoires, soins en établissement, accompagnement médico-social).

Dans un contexte épidémiologique marqué par la prééminence des maladies chroniques et de la perte d'autonomie, elles ont travaillé cette transversalité intersectorielle en s'appuyant sur une approche « parcours de santé ». Celle-ci vise à mieux répondre aux besoins des personnes en définissant la bonne intervention au bon moment, ainsi qu'en fluidifiant et coordonnant les interventions des professionnels, au plus près du cadre de vie, tout au long de la vie. Le curatif (définition classique) reste essentiel, mais ses principes d'organisation sont revus pour, dans un *continuum* prévention-soins-accompagnement médico-social, voire social, améliorer l'efficacité et l'efficience des actions de prévention ainsi que les prises en charge.

ARS et collectivités : de nouveaux modes de partenariats qu'il faut encore améliorer

La mise en place des ARS, l'élaboration des PRS, et désormais leur mise en œuvre se sont faites dans une relation renforcée et renouvelée avec les collectivités territoriales, grâce, en particulier, à de nouvelles instances et de nouveaux processus introduits par la loi HPST.

Cette relation avec les collectivités s'exprime dans trois domaines : la concertation, la coordination des politiques et la contractualisation.

Une concertation organisée autour du PRS, mais difficile à intégrer pour certaines collectivités

La remise à plat complète de la santé en région et au sein de chacun des territoires de santé pour aboutir aux PRS a été un travail particulièrement riche, mais également difficile à mener pour les ARS : caractérisation de l'état de santé de la population, compréhension des déterminants, analyse des forces et des faiblesses de l'offre existante, élaboration de pistes pour les cinq ans à venir pour répondre aux enjeux, intégration des dynamiques des territoires, organisation des partenariats pour définir les meilleures trajectoires, intégration des questions de sécurité sanitaire, respect des cadres nationaux, tout en faisant preuve de créativité…

Les collectivités, membres notamment des conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) et des conférences de territoires, ont été régulièrement consultées lors des phases d'élaboration du PRS et sur la définition des territoires de santé. Les projets régionaux de santé n'ont pu être formellement adoptés qu'après avis du conseil régional, des conseils généraux, et de l'ensemble des conseils municipaux de chaque région.

Certains élus ont cependant émis des critiques, s'agissant des mécanismes de concertation et de l'association des collectivités aux phases d'élaboration des PRS, dont il faudra tenir compte lors de la phase de mise en œuvre et pour l'élaboration des prochains PRS ou programmes. Ils ont eu du mal à trouver leur place dans cet exercice qui leur a semblé très « technocratique », avec des difficultés pour l'appropriation des sujets de fond comme de la méthode, malgré les efforts menés par la plupart des ARS pour rendre plus lisibles et accessibles l'organisation du projet et les documents produits.

Des coordinations pluri-partenariales parfois délaissées par les représentants des collectivités

Présidées par le directeur général de l'ARS, deux commissions de coordination des politiques publiques couvrent les domaines suivants :

– prévention, santé scolaire, santé au travail et protection maternelle et infantile,

– prise en charge et accompagnements médico-sociaux.

Elles comprennent des représentants de l'État, des collectivités territoriales et des organismes de sécurité sociale, et visent en particulier à favoriser la complémentarité des actions dans leur domaine de compétences et déterminer les modalités de cofinancement.

Des difficultés ont été ressenties, côté ARS et collectivités, dans le démarrage des travaux de ces commissions. Elles n'ont pas pu immédiatement trouver un rythme opérationnel (dans l'attente des PRS) et certains élus ou cadres des collectivités ont pu reprocher le caractère déséquilibré des relations partenariales proposées. Le niveau de représentation, voire l'assiduité, des représentants des collectivités n'a, quant à lui, pas toujours été à la hauteur des attentes dans certaines ARS pour précisément permettre de décider de politiques coordonnées. Ces difficultés se dénouent aujourd'hui, en même temps que les actions sont mises en œuvre et produisent leurs premiers résultats.

Un nouvel outil de contractualisation prometteur : le contrat local de santé (CLS)

Le contrat local de santé (CLS) constitue un nouveau dispositif permettant de faire se rencontrer le projet porté par l'ARS (PRS) et les projets de santé des collectivités pour mettre en œuvre des actions au plus près de la population, dans les domaines de la promotion de la santé, du soin et de l'accompagnement médico-social.

D'un travail en cours portant sur l'analyse qualitative des premier CLS signés, il est possible d'identifier de véritables dynamiques portées par ces contrats[1] dont les collectivités confirment l'intérêt stratégique.

Les CLS développent en effet un abord transversal des politiques publiques, en décloisonnant des logiques « métiers » et en les croisant avec des approches territoriales. Ils mobilisent les collectivités sur leurs champs de compétences en rapport avec la santé. Le principe même de la contractualisation pose le principe d'une relation équilibrée entre l'État et la (les) collectivité(s). En milieu urbain, les CLS initiés sur des démarches de promotion de la santé permettent, pas à pas, d'aborder les problématiques d'offre dans le champ sanitaire et médico-social. À l'inverse, en milieu rural, le CLS est souvent initié du fait de problématiques d'offre, mais permet ensuite de prévoir des actions dans le champ de la prévention. Les CLS sont, pour les collectivités, l'occasion d'expérimentations ; ils apportent cohérence et consistance aux dynamiques locales de santé, permettent de travailler les complémentarités entre offreurs de soins et sont même porteurs d'attractivité pour les professionnels de santé, en complément des dispositifs favorisant l'installation et des démarches d'aménagement des territoires. Les CLS apparaissent comme des dispositifs itératifs susceptibles de s'enrichir, au fur et à mesure, de nouveaux partenariats et de nouvelles actions (avenants).

Parmi les difficultés ou craintes mentionnées par les collectivités, les élus redoutent qu'à l'issue de la signature du CLS (qui n'intervient souvent qu'après des mois de travail préparatoire), la dynamique s'essouffle notamment du fait des difficultés à trouver des solutions « simples » et pérennes pour l'animation et/ou le financement du contrat. Ils mentionnent des difficultés pour animer et faire vivre le contrat quand « trop » de partenaires sont impliqués, mais regrettent également lorsque les établissements ou les professionnels de santé et l'assurance maladie n'ont pas été associés dès le début du processus. Certaines collectivités souhaiteraient enfin que les ARS animent et coordonnent les CLS existants au niveau du département ou de la région.

La dynamique enclenchée est amenée à se développer, sous certaines conditions

La lutte contres les inégalités de santé (sociales et territoriales) nécessite de coordonner l'action publique pour améliorer les conditions de vie, en agissant sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé au plus près des individus. L'approche « parcours de santé » doit aussi être réfléchie et mise en œuvre autour de la personne, donc dans sa proximité immédiate. Si la personne (notamment lorsqu'elle présente des fragilités sociales, éducatives, ou de santé) est au centre de la réflexion sur l'intervention des services et des professionnels, celle-ci n'a de sens que dans une approche géographique débutant au plus près du cadre de vie des citoyens et, par là même, rencontrant les projets des collectivités territoriales. Les parcours de santé se construisent dans les territoires de vie.

Concrètement, les ARS entrent désormais dans une phase de « territorialisation » des orientations et actions décidées dans le projet régional de santé. Celles-ci devraient nécessairement rencontrer les dynamiques portées par les collectivités et amplifier les processus de concertation, coordination et contractualisation engagés. En effet, les grands enjeux nationaux relayés et contex-

1. Étude en cours de réalisation par Entreprises, territoires et développement. http://www.projetdeterritoire.com

tualisés par les ARS dans les PRS mettent en évidence suffisamment d'enjeux communs pour franchir une nouvelle étape dans le partenariat État-collectivités sur des sujets tels que le premier recours, la prise en charge des plus fragiles (personnes âgées, personnes handicapées, personnes précaires, jeunes…) et sur des thématiques de santé qui touchent au quotidien des individus.

Il faut pour cela que, au sein même des collectivités, diffuse plus largement l'idée – la culture – que leur rôle et leur responsabilité en matière de santé ne se limite pas aux compétences, aussi importantes soient-elles, prévues par les textes : protection sanitaire de la famille et de l'enfance, personnes âgées, personnes handicapées pour les départements, vaccination, VIH/IST, tuberculose, etc.

Le modèle des déterminants sociaux et environnementaux de la santé, établi sur la base de travaux rigoureux, montre que les « gains de santé » que l'on peut attendre si l'on agit sur ces déterminants sont probablement supérieurs à ceux qui résulteraient d'une action directe sur le système de soins.

De nombreuses politiques menées par les collectivités, à différents niveaux de territoires, souvent en partenariat avec les services de l'État, ont ainsi une influence importante sur la santé : environnement, social, transport, culture, accès aux services… Cette idée de la « santé dans toutes les politiques » ne va pas encore de soi pour de nombreux décideurs, malgré l'effort de certains réseaux d'élus tels que le Réseau français des villes-santé de l'OMS ou Élus santé publique et territoires. Dans les collectivités, comme dans les services de l'État, elle mérite d'être encore diffusée, travaillée, partagée et incarnée, par exemple, en développant les évaluations d'impact sur la santé des autres politiques publiques.

Malgré les difficultés relevées, notamment pour que la démocratie sanitaire s'articule mieux avec la démocratie locale, des avancées indéniables ont été constatées en termes de partenariat dans le champ de la santé, au sens le plus large, entre l'État et les collectivités. L'accès à des soins de proximité et de qualité, le développement de projets permettant de construire un cadre de vie plus sain, plus durable et plus équitable apparaissent de plus en plus aux décideurs comme des conditions de développement, d'attractivité et de dynamisme des territoires. Conscients que, notamment dans une période de moyens contraints, il y a un intérêt à mieux se coordonner pour offrir le meilleur service possible à la population, l'État et les collectivités tendent ainsi à faire converger les projets régionaux et locaux de santé.

tribunes

Gouverner notre système de santé

Plaidoyer pour davantage de décentralisation et de participation citoyenne dans le champ de la santé.

Dr Laurent El Ghozi
Président de l'Association nationale des villes pour le développement de la santé publique, « Élus, santé publique & territoires »

Je ne parlerai pas du contexte socio-économique et politique largement déterminant et qui, depuis dix ans, dégrade la santé de la population vivant en France, mais plutôt de la nécessité, dans ce contexte, d'approfondir la décentralisation dans le domaine de la santé.

La réforme de la gouvernance du système de santé doit permettre de passer d'une logique de soins individuels à une logique de santé publique, beaucoup plus complexe en ce qu'elle implique la participation active d'une multitude d'acteurs, de services, d'institutions agissant sur tous les déterminants de la santé, dont les premiers sont d'ordre social.

Elle doit avoir comme première priorité la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, qui ne cessent de croître et qui constituent une injustice intolérable pour tous.

Elle doit permettre de rendre visible un projet collectif de protection accrue de la population, redonnant à chaque individu un peu plus d'écoute et de pouvoir sur ce qui le concerne au premier chef.

Elle doit être portée clairement par des responsables élus, identifiés et proches.

Elle ne peut réussir que si elle repose sur plus de démocratie, plus de proximité, plus de transversalité : pas de gouvernance républicaine sans démocratie, à la fois représentative mais aussi participative, pas de réduction des inégalités de santé sans service public de santé, clairement piloté et dans lequel les professionnels libéraux doivent naturellement prendre toute leur place, comme acteurs de santé et plus seulement comme distributeurs de soins.

Agir sur les déterminants, rapprocher la décision des besoins, rendre les citoyens acteurs de leur santé et de la santé publique impose d'approfondir la démocratie sanitaire, de redonner du pouvoir aux acteurs de proximité, bref, de territorialiser les politiques de santé, car rien ne peut changer sans la participation des citoyens et de leurs représentants locaux légitimes que sont les élus des villes et des agglomérations.

Chargés du bien-être de leurs concitoyens, de la cohésion sociale, du respect de l'égalité entre tous et du pacte républicain – dont la protection sociale et de la santé sont des piliers fondateurs –, mais aussi du développement social local, les maires disposent de multiples services pour faire – ou pas ! – de la santé, au plus près des besoins des habitants, en collaboration étroite avec tous les acteurs locaux. Chacune des politiques thématiques conduites par les maires contribue – ou pas ! – à l'amélioration de la santé physique, psychique, sociale et environnementale de leurs habitants, mais aussi à l'attractivité du territoire, y compris pour les professionnels de santé que chacun cherche à attirer dans sa commune.

Leurs responsabilités et pouvoirs en matière de santé sont donc considérables, même si beaucoup d'entre eux l'ignorent encore ! Leur capacité à donner sens à la politique, garante de l'adhésion de la population, est incontestable.

Au niveau régional

La création des ARS répond à la nécessité, maintes fois soulignée, d'une plus grande transversalité entre la prévention, la promotion de la santé, le soin, le médico-social et d'une autorité reconnue pour mettre en cohérence

ces différents secteurs jusqu'alors éclatés, voire étanches. L'élaboration du programme régional de santé, composé des trois schémas –, prévention et promotion de la santé, organisation des soins et médico-social – va dans ce sens, sous réserve d'une articulation effective entre eux, encore difficile à réaliser.

De plus, les ARS ont été construites dans une logique de recentralisation autoritaire et leurs instances de démocratie sanitaire (CRSA, CC, CT…) ne sont dotées d'aucun pouvoir réel : il faut, à ce niveau, établir de véritables contre-pouvoirs démocratiques à la toute-puissance du directeur général, en y associant plus largement les élus des trois niveaux de collectivités et les représentants des usagers-citoyens. Cette démocratie sanitaire a cependant un coût et demande quelques moyens : disponibilité et formation des représentants, pédagogie, travail d'appropriation et de propositions, outils pour faire partager les informations et réflexions par leurs mandants doivent être imaginés et pris en charge, sinon elle restera une coquille vide ou une affaire de spécialistes.

Il faut aussi limiter le fonctionnement descendant, « *top-down* » des ARS : les plans et schémas régionaux doivent être enrichis par la connaissance fine des réalités locales et trouver à s'incarner sur les territoires, là où vivent, travaillent, souffrent et meurent les gens, avec eux, de manière adaptée à chaque contexte local, aux besoins particuliers de chaque population et aux ressources présentes – ou absentes –, en particulier les professionnels de santé.

Au niveau local

Le contrat local de santé, qu'ESPT a contribué à faire inscrire dans la loi HPST, est une avancée réelle mais il reste totalement optionnel, sans exigence de contenu et surtout sans financement. Il doit, au regard de notre expérience, devenir l'outil privilégié de la mise en œuvre, adaptée à chacun de nos territoires, des schémas régionaux. Le maire (ou président du groupement de communes), parce qu'il connait sa population, parce qu'il est informé de ses besoins, parce qu'il détient de nombreux leviers d'action sur les déterminants de la santé – urbanisme, logement, action sociale, éducation, restauration scolaire, politique culturelle et sportive, aménagement global du territoire, etc. –, parce que, enfin, il a, seul, le pouvoir de rassembler autour de lui tous les acteurs de la santé, habitants compris, doit devenir le pilote naturel de l'élaboration et de la mise en œuvre de ces CLS et contribuer ainsi à construire le volet local d'un service public de santé.

Je rappelle que les ateliers santé ville – volet santé de la politique de la ville créés en 2000 par le gouvernement Jospin et depuis inscrits dans les contrats urbains de cohésion sociale – ont fait la preuve de leur efficacité pour réduire les inégalités sociales et territoriales dans l'accès aux soins et à la prévention, en mobilisant autour d'objectifs prioritaires définis en commun, à partir d'un diagnostic local participatif, tous les acteurs de santé et les habitants, dans une logique transversale et globale. Par leur articulation – dans une volonté de transversalité et d'inscription de la santé dans toutes les politiques – avec les quatre autres axes du Cucs : éducation, logement, emploi-formation et tranquillité publique qui sont des déterminants incontestables de la santé, les ASV ont montré toute leur pertinence, sous réserve d'une application territoriale des actions et d'un engagement résolu et durable du maire et de l'État. Là où ils existent, ils deviennent le pivot et la principale ressource des CLS ; partout ailleurs, ils en demeurent le modèle. Les travaux universitaires, en particulier en géographie de la santé conduits avec ESPT, ont bien mis en évidence les enjeux d'inégalités territoriales, et les freins et leviers pour y remédier.

C'est, en effet, à partir de cette méthodologie – transversalité, participation, proximité –, dans cette logique d'adaptation aux besoins et réalités locaux et avec la même ambition de réduction des inégalités que doivent aujourd'hui se développer les futurs contrats locaux de santé, conclus entre le maire, le directeur général de l'ARS et le représentant de l'État, responsable des autres services de l'État, tout aussi indispensables à l'amélioration de la santé de chacun : logement, éducation, emploi, cohésion sociale… Le conseil général doit y être associé, dans le cadre de ses compétences propres.

Sur la base des besoins en santé identifiés de la population de chaque territoire et en fonction des ressources existantes, des moyens adaptés doivent être alors attribués par l'ARS et l'assurance maladie, permettant la mise en œuvre effective des mesures inscrites dans le contrat, allocation de financement différenciée, facteur de redistribution et de plus grande égalité entre les territoires.

Dans la même logique d'approfondissement de la décentralisation et de la citoyenneté de tous, les conseils locaux de santé mentale, prolongement de la politique de secteur de psychiatrie inaugurée depuis plus de cinquante ans et toujours inachevée, doivent, sous l'autorité du maire, faire partie du contrat local et apporter, parce que ce sont des nouveaux lieux de partenariats, des solutions plus adaptées aux souffrances et aux difficultés d'intégration sociale des personnes vivant avec des troubles psychiques.

Ces enjeux et ces évolutions récentes, la place qu'y prennent les communes et leurs élus, bien au-delà de leurs compétences réglementaires actuelles, imposent de réfléchir à la place de la santé dans l'acte III de la décentralisation. Il s'agit en effet de construire aujourd'hui, au-delà de l'étape ARS, une nouvelle compétence partagée pour les communes et leurs groupements, dans un champ essentiel à la vie individuelle et collective, facteur majeur de cohésion sociale et de développement du territoire, mais aussi de nouvelles possibilités données à chacun d'agir sur sa propre vie.

Évidemment, comme toute nouvelle responsabilité confiée par la loi aux collectivités locales, elle doit s'accompagner du transfert de financements suffisants et pérennes pour assurer le diagnostic local, le pilotage de la politique territoriale de santé et l'animation de ces nouvelles instances de coordination. Cela suppose la mise en œuvre effective de la « fongibilité asymétrique » des enveloppes et le transfert des personnels correspondant de l'État vers les collectivités locales.

Pour conclure

Pour améliorer la santé de tous et réduire les inégalités de santé, au niveau local comme au niveau national, le but à atteindre est le pilotage démocratique d'un service public de santé mettant en cohérence prévention, soins, médico-social, et capable de mobiliser tous les déterminants et tous les acteurs, dans une dynamique transversale, « interministérielle ». Cette intersectorialité est tout aussi difficile à réaliser au niveau municipal qu'au niveau gouvernemental : elle réclame, comme au niveau régional avec les ARS, le regroupement de l'ensemble des services de la santé dans une future organisation type Agence nationale de santé, fusionnant services de l'État organisés aujourd'hui en tuyaux d'orgue non communicants et assurance maladie unifiée, sous l'autorité d'un ministre d'État.

Voir aussi les actes des Journées nationales d'étude de l'Association ESPT, www.espt.asso.fr

tribunes

Le point de vue de l'Assemblée des départements de France

Les départements sont fortement impliqués dans le maintien d'une couverture médicale suffisante car celle-ci est un élément essentiel pour l'attractivité du territoire.

Jean-Pierre Hardy
Chef du service « Politiques sociales et société » de l'Assemblée des départements de France (ADF)

La répartition géographique des professionnels de santé fait apparaître de très grandes inégalités territoriales : la densité des professionnels de santé est forte en Île-de-France et dans le sud de la France, et beaucoup plus faible ailleurs. Ainsi, ce n'est pas le nombre des professionnels de santé qui pose aujourd'hui le plus de problèmes, mais leur très inégale répartition géographique. Le niveau régional n'est pas le plus pertinent pour analyser la couverture médicale : en effet, des écarts infra régionaux peuvent être très importants, selon que l'on compare les grandes métropoles et leur périphérie proche ou lointaine, plus ou moins enclavée. Les cantons ruraux ou à dominante ouvrière dans les secteurs périurbains connaissent des situations particulièrement difficiles, comme en témoigne la Seine-Saint-Denis, qui aux abords de Paris regrette l'insuffisance de la réponse hospitalière sur l'ensemble du département et la disparition de la médecine ambulatoire notamment dans les quartiers en difficulté où le coût financier de l'accès aux soins constitue un handicap supplémentaire.

De nombreux territoires ruraux se trouvent pénalisés et cumulent l'absence, voire la fermeture d'hôpitaux de proximité, un vieillissement particulièrement important des professionnels de santé et leur faible renouvellement. L'accès aux soins devient donc de plus en plus difficile dans des territoires peu denses, enclavés et éloignés des centres urbains, qui concentrent les services.

Les nouvelles attentes des jeunes médecins influent fortement sur leur localisation. Le corps médical connaît des évolutions qualitatives et culturelles qui influent fortement sur la répartition géographique et les pratiques professionnelles. Le Conseil national de l'Ordre des médecins a réalisé en 2007 une enquête auprès d'étudiants et de jeunes médecins. Trois attentes apparaissent prioritaires :

– l'épanouissement personnel et familial (pour 81 %) à mettre en lien avec un développement de la féminisation de la profession,

– la compatibilité entre le lieu d'installation et la profession ou les attentes du conjoint (58 %),

– la possibilité d'exercer le mieux possible la discipline choisie (55 %). L'existence d'un plateau technique complet (radiologie, infirmiers…) est mise en avant.

Sur ces trois critères principaux d'installation, de nombreux territoires ruraux s'avèrent malheureusement peu attractifs. Les étudiants ou jeunes médecins estiment en effet que ces territoires sont souvent incompatibles avec leurs attentes : manque de services et de loisirs, problèmes professionnels pour le conjoint, charge surdimensionnée de travail, et notamment obligation de lourdes permanences de soins, présence insuffisante de professionnels de santé…

On observe également une désaffection pour la médecine libérale. En 2011, 46 % exercent en libéral, 42,5 % comme salariés et 11,5 % pratiquent une activité mixte. Cependant, pour la même année, 70 % des nouveaux inscrits à l'Ordre des médecins avaient fait le choix d'exercer leur activité en tant que salarié. Ce statut offre en effet l'avantage de revenus réguliers, d'un temps de travail plus encadré et prévisible, la possibilité de temps partiels éventuels, une meil-

leure protection sociale, la possibilité d'un transfert vers l'établissement employeur de la responsabilité en cas d'accident thérapeutique, l'allègement des charges financières et administratives liées à la gestion d'un cabinet.

L'arrivée dans le paysage institutionnel des agences régionales de santé (ARS)

Les ARS sont des établissements publics nationaux de l'État qui ont été constituées le 1er avril 2010 et qui ont dans leurs compétences la médecine ambulatoire.

Après avoir élaboré, au cours de l'année 2011, les plans stratégiques régionaux de santé, elles doivent élaborer les schémas régionaux de l'organisation des soins qui ont deux volets : un volet relatif aux établissements de santé et un volet relatif à la médecine ambulatoire.

L'articulation de ces deux volets autour du « parcours de santé » sera essentielle : organisation des soins en réseaux, expérimentation de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé libéraux…

La commission de coordination des politiques publiques de santé, qui est placée sous l'autorité de chaque ARS, devrait traiter de sujets communs avec les départements comme la réduction des durées d'hospitalisation en obstétrique et leurs conséquences sur la médecine pédiatrique libérale, et la protection maternelle et infantile (PMI) des conseils généraux.

Les ARS doivent aussi élaborer des schémas régionaux de prévention. La commission de coordination des politiques publiques de santé devra traiter des articulations avec la médecine scolaire, la médecine du travail et la PMI.

Les centres de santé à gestion municipale et associative sont sous le contrôle, en matière de fonctionnement, des ARS qui devront définir leur place dans ces différents schémas régionaux relatifs à l'ambulatoire et la prévention.

Outre avec les ARS, l'État est aussi présent en matière de santé publique par la médecine scolaire qui n'a pas été décentralisée par les actes I (1986) et II (2004) de la décentralisation et est restée sous la coupole de l'Éducation nationale.

L'implication des départements

Garantir une couverture médicale suffisante n'est pas qu'un objectif de santé publique, c'est également un enjeu stratégique d'aménagement du territoire. En effet, la présence médicale est un élément essentiel pour l'attractivité du territoire et elle constitue un facteur déterminant de maintien des populations.

C'est pourquoi les collectivités locales ont lancé de multiples initiatives pour lutter contre la désertification médicale. Parmi elles, les départements sont particulièrement concernés. Ils sont en effet en charge :

– d'un volet important du secteur médico-social (gestion des minima sociaux, Protection maternelle et infantile, maintien à domicile des personnes âgées…) ;

– du financement des services départementaux d'incendie et de secours (SDIS), qui sont souvent chargés des premiers soins, et de fait des transports vers les hôpitaux. Les SDIS pallient ainsi la disparition des hôpitaux locaux et à la fermeture des services d'urgences hospitalières qui, avec le non-remplacement des médecins libéraux concourent à la désertification médicale ;

– ils sont enfin, plus généralement, chargés de la solidarité sociale et territoriale. Or, les territoires les plus concernés par la sous médicalisation sont souvent dotés d'un faible potentiel fiscal, qui limite leur capacité d'intervention. L'aide des conseils généraux est donc déterminante.

Les départements sont impliqués dans de nombreuses actions visant à maintenir la couverture médicale des territoires

Des aides financières : ce dispositif a été mis en place dans de très nombreux départements (Allier, Sarthe, Saône-et-Loire, Marne, Manche…). Ces aides sont attribuées aux étudiants en médecine, niveau troisième cycle, à condition qu'ils s'engagent à rester pendant au moins cinq ans dans le département, une fois leurs études terminées. Dans certains départements, le montant des bourses peut atteindre 700 euros par mois pour l'année universitaire.

Des aides complémentaires peuvent aussi être accordées par les élus départementaux pour faciliter l'installation de professionnels de santé. Des indemnités de logement ou de transports sont accordées aux étudiants de troisième cycle de médecine générale lorsqu'ils effectuent leurs stages dans les zones déficitaires.

Par le passé, d'autres mesures ont été également décidées pour favoriser le maintien des professionnels de santé exerçant en zone de revitalisation rurale (ZRR). Elles ont pris la forme d'une exonération de la taxe professionnelle concernant soit la taxe foncière sur les propriétés bâties, soit la TP, soit les deux taxes.

En parallèle de ces mesures strictement financières, les conseils généraux ont cherché à établir une meilleure coordination des aides des collectivités avec les organismes d'assurance maladie pour favoriser l'exercice de professions médicales en cabinets de groupe et la constitution de pôles de soins.

La création des maisons médicales pluridisciplinaires

Elles peuvent être créées et financées par le conseil général (ex : Lozère). Dans d'autres départements, l'initiative de la construction d'une maison médicale appartient plutôt aux communes ou à leurs groupements. Dans ce cas, les conseils généraux viennent en appui de ces initiatives en versant aux communes des aides à l'investissement. C'est notamment le cas du département de la Meurthe-et-Moselle.

Les maisons de santé regroupent les patriciens de diverses disciplines : généraliste, infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, dentiste, pharmacien facilitant la prise en charge globale et concertée du patient. Elles permettent de rompre l'isolement des médecins, de faciliter l'organisation des gardes, de mutualiser les charges de fonctionnement. Cependant, les maisons de santé ne suffisent pas à elles seules à résoudre le problème de la désertification médicale.

En effet, des élus locaux regrettent que certaines maisons de santé restent vides malgré des investissements importants.

La mise en réseau des professionnels de santé avec la création d'un portail sur Internet

D'autres initiatives se font jour afin de rapprocher les médecins entre eux et de la population. Ainsi, le département de la Manche a créé, en 2004, un portail Internet en partenariat avec la CPAM, l'Ordre des médecins, l'ARS, les chirurgiens-dentistes et, par exemple, le syndicat mixte Manche numérique.

Ce dispositif sur Internet doit permettre d'une part aux professionnels de santé et aux organismes publics d'effectuer des échanges, mais aussi aux habitants du département d'avoir accès à des éléments grand public (notamment l'organisation des gardes).

Des questions qui restent posées

Au niveau local, d'autres mesures pourraient être testées plus largement :

– La mise en commun de moyens administratifs et techniques (création d'une fonction d'assistant de santé qui pourrait prendre en charge des tâches administratives).

– La délégation de certaines tâches médicales aux pharmaciens.

– Le développement de la télémédecine (téléconsultation, téléexpertise – demande de l'avis d'un confrère –, télésurveillance, régulation médicale – les médecins des centres 15 établissent par téléphone un premier diagnostic afin de déterminer et de déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature de l'appel). Le développement de ces nouvelles pratiques nécessite une reconnaissance par l'Assurance maladie.

– Le renforcement de la médecine préventive et notamment la médecine scolaire, en grande difficulté. Les départements chargés d'un rôle social important ne peuvent qu'être attentifs à cette question.

Malgré la mobilisation exemplaire des élus, beaucoup considèrent que la seule action des collectivités territoriales ne suffira pas, à elle seule, à corriger l'inégalité territoriale observée dans le domaine de la santé.

Ces problématiques sont désormais clairement dans le champ de compétences des nouvelles ARS.

Des conseils généraux observent d'ailleurs que, à l'issue de la publication de la loi relative au développement des territoires, ils font l'objet de démarchages de la part des étudiants de médecine qui, ayant parfaitement intégré le dispositif existant, veulent se vendre aux plus offrants.

Les élus craignent qu'à terme ce système ne révèle toute son ambiguïté par une surenchère financière entre les territoires. D'autres regrettent la disparition des hôpitaux de proximité ou unités de soins, soumis à des contraintes budgétaires lourdes. Bien souvent, ils constatent les pressions exercées par les agences régionales (ARH hier et ARS aujourd'hui) pour supprimer lits et services en dépit des besoins grandissants.

Considérant que cette évolution remet clairement en cause la notion de service public, ils proposent le retour des politiques régaliennes de l'État et suggèrent dans cette perspective plusieurs propositions. Certaines peuvent être incitatives :

– poursuivre l'augmentation progressive du *numerus clausus* en concertation avec les facultés de médecine ;

– revaloriser les études de médecine générale grâce à une meilleure information des grands champs disciplinaires et de leurs enjeux ;

– revoir les compétences réciproques entre médecins, infirmiers et autres professions paramédicales, voire créer de nouvelles professions intermédiaires ;

– relancer la politique de l'aménagement du territoire et présenter aux élus une cartographie des zones déficitaires ainsi que les mesures envisagées pour y remédier ;

– développer des réseaux de coopération médecine de ville-hôpital.

Cependant, la question de mesures plus directives doit être posée :

– Celle concernant la liberté d'installation des professionnels de santé (ex. : que les médecins qui décident de s'installer en zone excédentaire ne puissent bénéficier au mieux que d'un conventionnement en secteur 1 – mesure préconisée par la Fédération hospitalière de France –, ou l'obligation d'exercer dans une zone déficitaire pendant un temps à définir à la sortie des études).

– La possible autorisation donnée aux établissements publics de santé d'organiser au sein du territoire le maintien de l'offre ambulatoire en cas de carence constatée (le financement de cette mesure étant assuré par un prélèvement sur l'enveloppe ville destinée à financer les médecins libéraux).

– Enfin, il convient de garder en mémoire que la proximité géographique d'une offre de soins ne suffit pas à en assurer l'accès, puisque le coût de la santé constitue un frein important pour les ménages à faibless ressources, ce qui compromet au passage le développement d'une médecine préventive moins chère et plus efficace que la médecine curative.

tribunes

Santé publique, SFSP et collectivités territoriales

De par sa composition, ses réflexions, ses engagements, la SFSP est un promoteur actif du rôle des collectivités territoriales dans la santé publique et plus précisément dans la promotion de la santé au niveau local.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 66.

Flore Lecomte-Aumaître
Déléguée générale de la Société française de santé publique

La Société française de santé publique (SFSP) est une association reconnue d'utilité publique dès 1900, dont l'ambition est de rassembler les personnes physiques et morales qui concourent à l'étude de la santé publique et de ses applications. Créée en 1877 sous l'appellation de « Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle », elle a toujours compté parmi ses membres des collectivités territoriales, des professionnels ou des élus de collectivités territoriales – adhérents à titre individuel ou par le biais de leurs associations, ainsi que dans son conseil d'administration. Cette représentation de ces acteurs au sein des instances décisionnaires de la SFSP a influé ainsi sur ses travaux et centres d'intérêt.

Depuis une dizaine d'années, le nombre de membres issus des collectivités territoriales est passé de 2 à 8 sur les 55 personnes morales adhérentes. Cette constante et l'augmentation du nombre de personnes morales adhérentes issues des collectivités ne sont qu'un reflet de leur investissement en santé publique.

Des réflexions et travaux de la SFSP qui traduisent l'engagement des professionnels des collectivités territoriales en son sein

Grâce à cet investissement, la SFSP s'est engagée depuis longtemps sur les questions de santé publique qui les concernent, en contribuant au fil du temps à asseoir et appuyer les collectivités territoriales, par le croisement des compétences et des réflexions de l'ensemble de ses membres. Les enjeux actuels en matière de santé publique, et particulièrement celui d'équité en matière de santé, rendent essentiel pour la SFSP de renforcer cette contribution.

La mission première de la SFSP, offrir un cadre et des moyens pour une réflexion collective et interprofessionnelle, repose sur l'analyse critique des faits scientifiques et des pratiques professionnelles. Elle débouche sur la formulation de propositions à l'intention des décideurs et permet d'éclairer l'opinion publique sur les enjeux, les forces et les faiblesses des politiques publiques de santé. Un regard sur les activités menées ces dix dernières années par la SFSP traduit une partie des préoccupations des collectivités territoriales en santé publique. La SFSP, par le croisement des différentes expertises qu'elle regroupe, a ainsi pu contribuer à enrichir la réflexion, les politiques et interventions menées par les collectivités territoriales. Deux périodes se distinguent, l'année 2009 marquant une charnière.

Avant 2009, les réflexions se sont d'abord concentrées sur les missions réglementaires, les politiques et dispositifs publics existants pour les collectivités territoriales en santé publique. Nombreuses ont été celles consacrées à la santé environnementale, dont certaines concernaient directement les missions des services communaux d'hygiène et de santé. De 2004 à 2006, plusieurs travaux ont été menés en particulier sur le saturnisme : analyse des besoins de recherche, production d'un guide pour les professionnels notamment. En 2005, suite à la parution de l'expertise collective de l'Inserm sur les troubles et conduites des enfants et adolescents, la SFSP participe au collectif « Pas de 0 de conduite » aux côtés des professionnels de la petite enfance, et en particulier de PMI. Entre 2007 et 2008, elle apporte sa contribution aux ateliers santé ville, par la mise en place d'un forum internet et

participe à l'élaboration de deux colloques de la Délégation interministérielle à la ville. L'audition publique sur la vaccination des enfants par le BCG en 2007 est un autre exemple des travaux menés par la SFSP.

En 2009, à la fois dans ses prises de position et dans ses activités, et face à la montée des inégalités sociales de santé, la SFSP évolue dans son approche de la santé publique à l'échelon des collectivités territoriales. D'approches préventives plus traditionnelles, elle aborde désormais de manière plus systématique la santé publique dans une vision de promotion de la santé : sous un angle territorial et populationnel et en s'attachant à l'action sur les déterminants sociaux de la santé. L'attente d'une révision de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 et la parution de la loi du 21 juillet 2009 dite « Hôpital, patients, santé et territoires » ont fait l'objet de différents communiqués de presse qui, tous, ont été des occasions de rappeler le rôle clé que peuvent et doivent jouer les collectivités territoriales pour la santé publique et la place qui doit leur être reconnue et laissée : place des collectivités dans les ARS (agences régionales de santé), développement de la promotion de la santé et notamment de l'approche Hiap (*Health In All Policies* – Intégration de la santé dans toutes les politiques), cohérence des politiques de santé à tous les niveaux… Cette approche se traduit également dans les colloques mis en place. Depuis 2009, trois d'entre eux concernent directement les collectivités territoriales et leur thème marque clairement cette évolution : « Transversalité et nutrition dans les politiques territoriales » en 2009, « Ville, santé et qualité de vie » en 2011, organisé avec le Réseau français des villes-santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le dernier, en préparation pour les 16 et 17 septembre 2013, sur les liens entre santé publique, transports, mobilités, déplacements et aménagement de l'espace.

Vers un renforcement en faveur de la promotion de la santé

Ce renforcement des approches en direction de la promotion de la santé dans la réflexion de la SFSP est aujourd'hui conforté et rendu encore plus impératif par le paradoxe entre la conscientisation à tous les niveaux de l'enjeu majeur que représente l'équité dans le système de santé et le contexte national, où la santé publique en général, et les inégalités sociales de santé en particulier, ne font pas encore l'objet d'une politique publique claire et définie. Si la promotion de la santé constitue un cadre reconnu pour l'action sur les inégalités sociales de santé, elle reste le parent pauvre de notre système.

Au niveau international, sans rappeler les dates clés de la promotion de la santé et de la prise en compte des inégalités sociales de santé et des déterminants sociaux, ces deux dernières années fournissent aux États et aux acteurs les stratégies prioritaires à mettre en œuvre, dont certaines constituent même des engagements pour les États signataires, dont la France. La déclaration d'Adélaïde de 2010 sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques (Hiap), la déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé en 2011, ou encore le cadre politique « santé 2020 » de l'OMS en sont des exemples marquants. Si ces déclarations internationales visent tous les niveaux – mondial, national ou local –, les échelons que représentent les collectivités territoriales en sont une clé essentielle : de par leurs compétences réglementaires qui constituent des leviers pour agir directement sur nombre de déterminants sociaux de la santé, et sur leur territoire, de par leurs savoir-faire en matière de partenariat intersectoriel ou plus naturellement à travers leur légitimité citoyenne.

En France, malgré les rapports clés du Haut Conseil de la santé publique [39] et de l'Inspection générale des affaires sociales [53, 60] sur les inégalités sociales de santé en 2009 et 2011, la promotion de la santé peine toujours à être reconnue au niveau politique national comme stratégie efficace d'intervention en santé et notamment de réduction des inégalités sociales de santé. Même si quelques dispositifs ou lois la mentionnent explicitement, nous sommes toujours confrontés à une absence de politique nationale en ce sens, qui s'accompagnerait d'un réel soutien et d'une structuration de la promotion de la santé au service des populations, dont les collectivités territoriales, notamment, devraient constituer l'un des maillons reconnus et soutenus.

Dans la continuité des propositions aux pouvoirs publics formulées depuis plusieurs années, la SFSP poursuit son plaidoyer sur cet axe, à l'instar de sa lettre ouverte aux candidats à l'élection présidentielle de 2012[1], où elle appelait à une politique de santé solidaire, soutenable et équitable, une politique nationale de santé publique qui ferait de la réduction des inégalités sociales de santé une priorité. Elle prône notamment le développement d'une action sur les déterminants sociaux, rappelle l'importance d'investir dans le développement du jeune enfant ou encore d'intégrer la santé dans toutes les politiques qui constituent des domaines d'intervention privilégiés et naturels pour les collectivités territoriales.

Le second axe que la SFSP s'efforce actuellement de renforcer pour appuyer ce développement de la promotion de la santé est l'intégration et la reconnaissance de l'expertise de ses intervenants aux côtés de l'expertise scientifique. Capitaliser et diffuser les modalités de mise en œuvre efficaces, toujours dans sa logique de réflexion et d'analyse critique pluri-professionnelle, contribuera à cette reconnaissance des apports et de la nécessité de développer des stratégies et une politique de promotion de la santé. Même si les pratiques évaluatives restent inégales et insuffisamment développées, il n'en reste pas moins urgent de capitaliser des pratiques qui semblent prometteuses. La revue *Santé publique*, dont la ligne éditoriale vise explicitement, depuis sa création, la publication d'articles de l'ensemble des acteurs, y compris de terrain, ou les consultations récemment mises en place *via* internet depuis deux ans sur la nutrition et les inégalités sociales de santé en constituent des prémices visibles.

Enfin, elle devra œuvrer à favoriser l'intégration de la santé dans toutes les politiques, notamment en contribuant au développement des évaluations d'impact santé en France.

Parce que mettre la santé au cœur de toutes les politiques et agir sur les déterminants sociaux ne se fera à l'échelon local qu'avec les collectivités territoriales et leurs partenaires, elles doivent être, plus que jamais, partie intégrante de la réflexion et des actions collectives de la SFSP.

Conclusion

Le consensus international sur l'impact de la promotion de la santé et des déterminants sociaux sur les inégalités d'une part, et les approches qu'ont expérimentées et développées nos adhérents d'autre part, nous confortent dans la nécessité de poursuivre la réflexion sur cette question. De plus, les évolutions politiques en cours ou annoncées dans le champ de la santé publique – stratégie nationale de santé, révision de la loi de santé publique – et pour les collectivités – réforme de la politique de la ville et réforme des collectivités territoriales – rendent encore plus crucial pour la SFSP de jouer son rôle de carrefour des pratiques et de facilitateur de la collaboration des différentes parties prenantes : société civile, chercheurs, professionnels de santé publique, décideurs…, dont les collectivités territoriales.

1. http://www.sfsp.fr/activites/detail.php?cid=227

Bibliographie générale

1. « Action sociale : la nouvelle donne territoriale ». *Revue droit sanitaire et social* 2011, n° 1.
2. *Activités et missions des médecins territoriaux*. Étude sectorielle CNFPT octobre 2010.
3. Agamben G., *Qu'est-ce qu'un dispositif ?* Éditions petite bibliothèque Rivage, mars 2007.
4. Amat-Roze J.-M. « La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat ». 2011, *Hérodote*, n° 143, p. 13-32.
5. Arène M. L'importance accordée à la santé dans la politique de la ville. In : « Ville & santé. Politiques urbaines et santé publique ». *Prévenir, cahier d'étude et de réflexion*, 2e semestre 1996, 1 (31) : 21-32.
6. Assemblée nationale. *Rapport d'information déposé par le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur la médecine scolaire*. 17 novembre 2011.
7. Avenel C., « La politique de la ville et ses destinataires » Une politique de gestion d'un sentiment d'abandon ?, *Informations sociales*, 2007/5 n° 141, p. 136-147.
8. Beckouche P., Grasland C., Guérin-Pace F., Moisseron J.-Y. (dir.) *Fonder les sciences du territoire*. 2012, Éditions Karthala, 293 p.
9. Bertolotto F., Joubert M. (dir.), Mannoni Ch., Vincent M.-A. *Analyse critique du volet santé des Cucs*, Mission pour le compte du ministère du Logement et de la ville, Délégation interministérielle à la ville, mai 2009.
10. Bertolotto F., Joubert M. *Évaluation de la thématique santé des Cucs*. Juin 2009.
11. Bouche N. *Édifices menaçant ruine et immeubles et îlots insalubres*. Rapport, Conseil général des Ponts et Chaussées, octobre 1998.
12. Bourdon M. *Les ateliers santé ville, inventaire de l'ensemble des productions écrites*. Études du Conseil national des villes, 2007.
13. Bruguière M.-T. (dir.). *Rapport d'information fait au nom de la Délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation sur les territoires et la santé*. Sénat, 2011, 81 p.
14. CNFPT « Qui sont les territoriaux au service des politiques publiques locales de la santé ? » Observatoire de l'emploi des métiers et des compétences de la fonction publique territoriale, Synthèse. Septembre 2010, n° 38.
15. Cadot E., Martin J., Chauvin P. « Inégalités sociales et territoriales de santé : l'exemple de l'obésité dans la cohorte SIRS, agglomération parisienne, 2005 ». *BEH* 2011 ; 8-9 : 88-91.
16. Chabot J.M., De Haas P. « La fin de l'exercice isolé ? » *La Revue du Praticien*, décembre 2011 ; 25 (871) 805-808
17. Chauvin P. « Comment objectiver et construire de la connaissance sur les réalités sociales des quartiers en difficulté ? » In : Richard C, ed. *Les ateliers santé ville*. Paris : Les éditions de la DIV (coll. Repères), 2007, p. 40-50.
18. Chauvin P., Parizot I. *Les inégalités sociales et territoriales de santé dans l'agglomération parisienne : une analyse de la cohorte SIRS*. Paris, Éditions de la DIV, coll. Les documents de l'Onzus, 2009, 105 p.
19. Clavier C. « Les élus locaux et la santé : des enjeux politiques territoriaux ». *Sciences sociales et santé*, 2009/2 vol. 27, p. 47-74.
20. Coldefy M., Lucas-Gabrielli V. « Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification ». 2010, *Pratiques et organisation des soins*, vol. 41, n° 1, p. 73-80.
21. Cour des comptes. *Communication à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale sur la prévention sanitaire*. 2011, 137 p.
22. DGS. *Politique de la ville, territoires et politique de santé, agir ensemble au niveau local*, actes de la journée nationale, 5 décembre 2008.
23. De Haas P. *Monter et faire vivre une maison de santé*. Édition Le Coudrier, 2010.
24. De Maria F., Grémy I. *Apports des collectivités territoriales à la politique de santé publique. Bilan depuis la loi du 9 août 2004*. Politique de santé publique, Observatoire régional de santé Île-de-France, 2008, 4 p.
25. Debrand T. « L'impact du contexte sur l'état de santé de la population : le cas des zones urbaines sensibles, une analyse à partir de l'enquête décennale de santé » (2003), *Document de l'Onzus n° 1*, Les éditions de la DIV, 2009.
26. Depinoy Dominique, *Maisons de santé, une urgence citoyenne*. Éditions de Santé. 2011. http://www.editionsdesante.fr
27. Éditorial « Les territoriaux silencieux ? », *La Gazette des communes, des départements, des régions*, 10 novembre 2003.
28. Etienne J.-C., Corne C. (dir.). *Les enjeux de la prévention en matière de santé*. Les avis du Conseil économique, social et environnemental, 2012, 54 p.
29. *Évaluation des actions confiées par l'État aux services communaux d'hygiène et de santé*. Rapport Igas n° 2004 146, octobre 2004.
30. *Évaluation du fonctionnement des services communaux d'hygiène et de santé*. Rapport Igas, avril 2009.
31. Fondation abbé Pierre. *L'État du mal-logement en France*. 13e rapport annuel, 2013 Paris, 263 p. http://www.fondation-abbe-pierre.fr/_pdf/rml-18.pdf
32. Furtos J., Bertolotto F., Renther P. *Les élus locaux face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique*. DIV, 2005.
33. Ginot L., Peyr C. « Habitat dégradé et santé perçue : une étude à partir des demandes de logement social ». *Santé Publique* n° 5, septembre-octobre 2010, p. 493-503.
34. Grillo F., Vallee J., Chauvin P. « Inequalities in cervical cancer screening for women with or without a regular consulting in primary care for gynaecological health in Paris, France ». *Prev Med* 2012 ; 54 : 259–65.
35. Groupe de travail FIA médecins, CNFPT. *Livre blanc pour une réforme de la formation des médecins territoriaux, cadres supérieurs de la fonction publique, au service des politiques territorialisées de santé*. http://www.meditoriales.org, juin 2004.
36. Grémy I., Praznoczy C. *Dynamiques territoriales de santé en Île-de-France*. Édition ORS Politique de santé publique, octobre 2009.
37. Guerrier-Sagnes F. « Service municipal de santé scolaire et promotion de la santé à Villeurbanne ». *Santé publique*, volume 17, 2005/3.
38. Guyot J.-C., Hérault B. *La santé publique, un enjeu de politique municipale*. Maison des sciences de l'homme d'Aquitaine. 2001.
39. Haut Conseil de la santé publique (HCSP). *Les inégalités sociales : sortir de la fatalité*. Paris : La Documentation française, 2009 : 101 p.
40. Igas (Massin I., Laurand G., de Coustin H., Merloz A.) *Évaluation du fonctionnement des services communaux d'hygiène et de santé*. Rapport, avril 2009, 459 p. La Documentation française, Paris.

41. Jacobs D. E. « Environmental Health Disparities in Housing ». *American Journal of Public Health* Supplement 1, 2011, Vol 101, No. S1. http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.2010.300058

42. Joubert M. *Les ateliers santé ville. Conditions de mise en œuvre, méthodologies. Premières leçons de l'accompagnement effectué sur la région Île-de-France*. Présentation du 11 décembre à la Drassif, Resscom 2002.

43. Joubert M., Chauvin P., Richard C. Ateliers santé ville : intersectorialité et réduction des inégalités à l'échelon local, dans Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. *Réduire les inégalités sociales de santé*, Inpes, 2010.

44. Joubert M., Mannoni Ch. *Les ateliers santé ville. Expérimentations en Seine-Saint Denis*. Saint-Denis : Profession banlieue, 2003.

45. *La prévention en santé familiale et infantile a besoin d'une PMI. Alerte !* Manifeste, Syndicat national des médecins de PMI, novembre 2008.

46. Le Goff E. « Innovations politiques locales, régulation de l'État et disparités territoriales. Un regard historique sur les politiques locales de santé dans les villes françaises (1879-2010) ». *Revue française des affaires sociales*, 2011/4 n° 4, p. 158-177.

47. Lebas J. *Amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé dans les quartiers de la politique de la ville*. Coll. Études et recherche, Les éditions de la DIV, février 2002

48. *Les ateliers santé ville : territoires, santé publique et politiques de santé au niveau local*. Document d'étape, Études et recherche, Les éditions de la DIV ; 2004.

49. *Les ateliers santé ville : une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé*. Collection Repères, Les éditions de la DIV, 2007.

50. *Les élus et les programmes locaux de santé publique. Bilan et perspectives des ateliers santé ville*. Les éditions de la DIV, 2005.

51. Lesiour A. (CNLCS). *Les centres de santé municipaux. Passé, présent, perspectives*, Intervention à la journée de formation des élus municipaux. Février 2003.

52. « Loi Hôpital, patients, santé et territoires ». *Revue droit sanitaire et social* 2009, n° 5, numéro spécial.

53. Lopez A., Moleux M., Schaetzel F., Scotton C. *France. Les inégalités sociales de santé dans l'enfance. Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant.* Paris : Inspection générale des affaires sociales, mai 2011 : 204 p.

54. *Manifeste sur la santé dans les quartiers de la politique de la ville*. Conseil national des villes, 2011, 3 p.

55. Mannoni C. « La démarche ateliers santé ville : des jalons pour agir ». *Profession banlieue*, janvier 2008.

56. Mannoni C. « Le métier de coordonnateur des ateliers santé ville ». *Les cahiers du DSU*, n° 43, 2005.

57. Mannoni C. « Politique de la ville, territoire et santé. Réflexions autour des ASV et de leurs enjeux en Seine-Saint-Denis ». *Profession banlieue*, 2004.

58. Manonni C. *Les ateliers santé ville. Une plus value locale pour la réduction des inégalités de santé*. Coédition des centres de ressources d'Île-de-France, septembre 2012.

59. Maria F., Grémy I. « Apports des collectivités territoriales franciliennes à la politique régionale de santé publique ». *Santé publique*, 2009/5 Vol. 21, p. 513-522.

60. Moleux M., Schaetzel F., Scotton C. *Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action*. Paris : Inspection générale des affaires sociales, mai 2011 : 124 p.

61. Pasquier R., Guigner S., Cole A. (dir). *Dictionnaire des politiques territoriales*. 2011, Presses de Sciences po, 592 p.

62. *Politique de la ville et santé publique : une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé*, séminaire du 6 et 8 octobre 2008. Les éditions de la DIV, 2009.

63. Préel J.-L. (dir.). *Rapport d'information déposé par la Commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur la prévention sanitaire*. Assemblée nationale, 2012, 394 p.

64. Renahy E., Vallée J., Parizot I., Chauvin P. « Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne : déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010 dans la cohorte SIRS ». *In* : Boisguérin B., ed. *Le renoncement aux soins*. Paris : Drees (coll. Études et Statistiques), 2012, p. 41-66.

65. Riffaud A., Coulouma E. « Le médecin territorial, un maillon essentiel entre population et responsables de politiques de santé », *Revue de santé publique*, janvier-février/2007, volume 19, supplément n° 1, p. 561-564,

66. *Réduire les inégalités sociales en santé.* Coll. Santé en action, Éditions Inpes, 2010.

67. Réseau français des villes-santé de l'OMS. *Contrats locaux de santé et inégalités sociales de santé : actes du colloque*. Université de Saint-Quentin-en-Yvelines, 21 juin 2012.

68. Thomson H., Thomas S., Sellstrom E. Petticrew M. «The Health Impacts of Housing Improvement : A systematic review of intervention studies from 1887 to 2007 ». *American Journal of Public Health* Supplement 3, 2009, Vol 99, No. S3. http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.2008.143909

69. Truchet D. *Droit de la santé publique*. Dalloz, Mémento, 2012.

70. Vallée J., Cadot E., Grillo F., Parizot I., Chauvin P. «The combined effects of activity space and neighbourhood of residence on participation in preventive health-care activities : The case of cervical screening in the Paris metropolitan area (France) ». *Health Place* 2010 ; 16 : 838-52.

71. Vallée J., Chauvin P. « Investigating the effects of medical density on health-seeking behaviours using a multiscale approach to residential and activity spaces. Results from a prospective cohort study in the Paris metropolitan area, France ». *Int J Health Geographics* 2012 ; 11: 54.