



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 nationaux¹, 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

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.

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

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, « débattra 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

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 efficacité 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 multiscale 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 îlots regroupés pour l'information statistiques (IRIS), unités agréant les îlots de recensement en comptant environ 2300 habitants et s'étendant sur 0,25 km² en moyenne dans l'agglomération parisienne) ont été tirés au sort – une fois pour toutes en 2005 – parmi les 2595 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

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