



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



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 événements 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 rétrécit 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 en 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 cri-

tiquée 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

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 PMSI¹

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.

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.

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

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

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 soins², 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

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 sécurité¹, 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 XXI^e 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

Michel Joubert
Professeur émérite
de sociologie,
université Paris 8

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

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 structurants². 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 place³. 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 social⁴ 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

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'agrèger 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...) créées 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 concernés⁵. 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 inexploitable ; 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'apparaissent 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 bucco-dentaire », « 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/liens sociaux 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 demeurerait : 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 différençaient 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'architecture 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 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. 🧩