



Les champs d'intervention des collectivités territoriales

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

Les ateliers santé ville

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

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

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

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

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

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

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

nous les retrouverons plus tard dans la loi du 1^{er} août 2003¹ et jusqu'à aujourd'hui.

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

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

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

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

« L'atelier santé ville n'est pas une structure de plus mais le lieu de la coordination des acteurs en vue de

l'élaboration d'un diagnostic partagé des problèmes à traiter, de l'adoption et de la mise en œuvre d'un programme d'actions concertées, de leur réalisation et d'une évaluation régulière des résultats obtenus »².

Les ateliers santé ville après la phase expérimentale

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

Les dix années qui ont suivi l'expérimentation [42] mise en œuvre en 2001 (30 ASV) en Seine-Saint-Denis (93) et dans les Bouches-du-Rhône (13), ont mobilisé, progressivement mais de façon inégale, les services déconcentrés de l'État au niveau départemental et/ou régional chargés de promouvoir les ASV auprès des collectivités locales, aboutissant à plus de 300 ASV fin 2012, dont 85 en Île-de-France. Des animations régionales ont fortement soutenu les coordinations et contribué à l'affirmation de la qualité des démarches infra-territoriales des ASV par les collectivités locales, à la mobilisation de partenaires (observatoire régional de la santé Rhône-Alpes³ et d'Île-de-France, Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Ireps, centres de ressources pour la politique de la ville) en particulier en Aquitaine, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur et enfin en IDF en 2009 [36]. Travaux conduits et adaptés dans un contexte marqué par la nouvelle organisation du système de santé : loi d'orientation relative à la santé publique d'août 2004, mise en place des groupements régionaux de santé publique en 2005, jusqu'à la préparation et la promulgation de la loi Hôpital patients santé et territoires (HPST) en 2009.

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

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

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

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



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

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

Malgré le peu de valorisation dans les politiques nationales, régionales et locales jusqu'ici, les ASV restent un modèle d'intervention dans leur conception comme dans leur production. Ils ont vocation à être, dans le nouveau cadre des contrats locaux de santé (CLS), les

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

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

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

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

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

1. Comité interministériel des villes (2008). *Espoir Banlieue, une dynamique pour la France*. Dossier de présentation. Secrétariat d'État à la Politique de la ville.

2. Lettre circulaire interministérielle DGS/DIV/DP1 n° 2009-68 du 20 janvier 2009 relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale et à la préparation de la mise en place des contrats locaux de santé.

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

Quels sont les enjeux des CLS ?

Tout d'abord, un CLS répond à une logique de déclinaison du PRS au niveau local : « il renforce la qualité de la mise en œuvre de la politique de santé au niveau local dans le respect des objectifs inscrits dans le PRS »³. Par ailleurs, les CLS ne s'installent pas sur des terrains vierges de toutes initiatives. En raison de l'expertise des élus locaux due à leur proximité des populations, de nombreuses collectivités territoriales ont développé des initiatives sanitaires en direction de leurs concitoyens et notamment dans le cadre de dispositifs tels que les ateliers santé ville (ASV), ou le mouvement villes-santé de l'OMS, Agenda 21, etc. Les CLS ont donc également pour objectif l'articulation, la coordination et la mise en cohérence de ces différentes politiques sanitaires et des dynamiques locales de santé – à savoir celles menées dans le cadre du PRS et celles résultant des démarches locales – afin de répondre plus efficacement à des enjeux sanitaires du territoire⁴. Ces enjeux sont censés être reconnus comme tels par les différents acteurs, à partir d'un diagnostic local partagé – auquel les habitants sont supposés participer. Ce diagnostic doit permettre d'identifier de concert des problèmes de santé prioritaires qui ensuite se déclineront en objectifs stratégiques et opérationnels, ainsi qu'en actions à mettre en œuvre à l'échelle locale, en cohérence avec les orientations régionales. C'est sur cette base commune que s'établira la contractualisation entre l'ARS et les collectivités territoriales. À court et moyen termes, cette démarche doit donc favoriser l'instauration et la consolidation d'une dynamique partenariale locale sur les questions de santé, ainsi qu'une concentration des moyens d'intervention et de financement sur des

actions concertées. Cela ne signifie donc pas une perspective de financements supplémentaires, mais plus une réorganisation des fonds dans une recherche de plus grande efficacité.

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

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

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

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

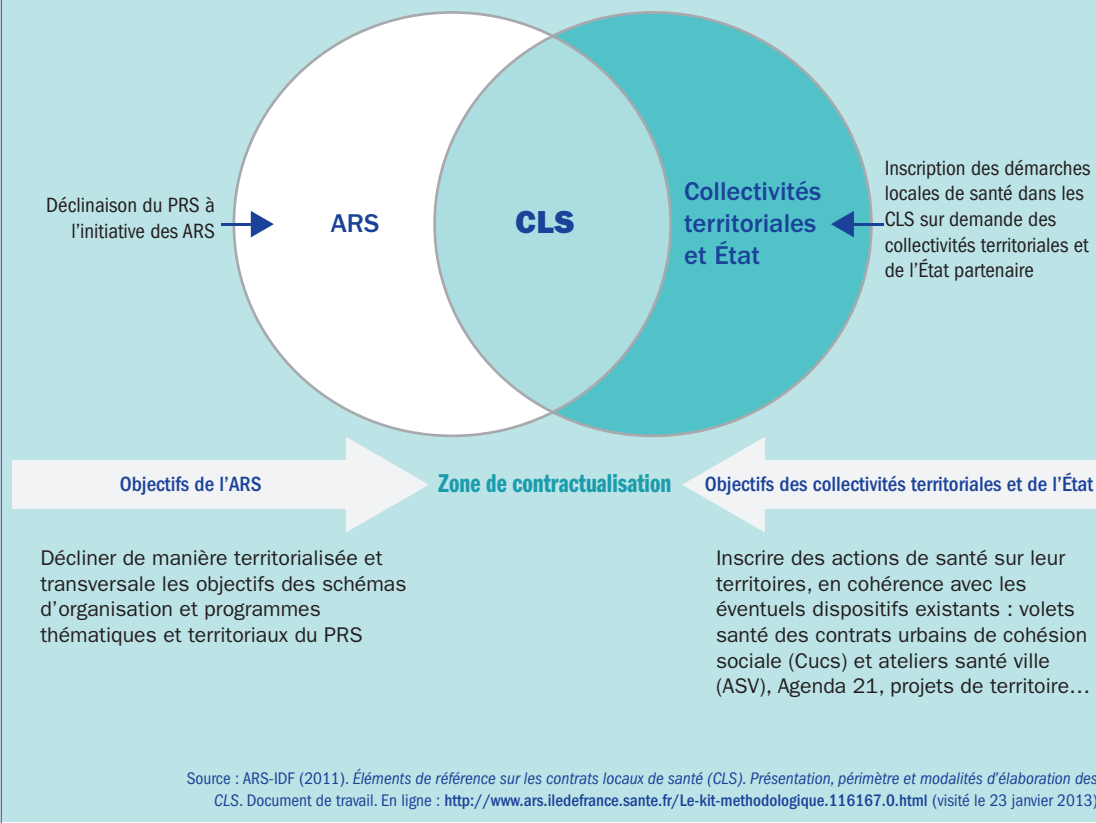
3. ARS-IDF (2011). *Éléments de référence sur les contrats locaux de santé (CLS). Présentation, périmètre et modalités d'élaboration des CLS*. Document de travail. En ligne : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Le-kit-methodologique.116167.0.html> (visité le 23 janvier 2013).

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



figure 1

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



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

Au travers des CLS, les collectivités territoriales sont donc reconnues comme des partenaires de l'ARS pour la mise en œuvre d'une politique de santé concertée, avec une certaine valorisation des dynamiques locales

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

Les collectivités territoriales et l'offre de soins de proximité

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

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

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

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

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

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

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

De nouveaux enjeux

L'évolution de la demande de soins : si les soins étaient le plus souvent liés à des pathologies aiguës il y a trente ans, les professionnels de santé sont dorénavant confrontés à des pathologies chroniques nécessitant des suivis plus coordonnés en équipe que par le passé. Une démarche de suivi de qualité des patients porteurs de pathologies chroniques, voire de cas complexes, passe par un plan personnalisé de soins. Cette démarche ne

peut s'envisager que dans une équipe pluriprofessionnelle aux compétences complémentaires. C'est la raison du développement des maisons de santé.

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

L'intervention des élus des collectivités territoriales

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

Les objectifs des élus territoriaux

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

Accompagner le changement des territoires de soins de proximité

Anticiper la baisse de la démographie

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

Analyser la situation du territoire

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

Accompagner le changement des professionnels de santé

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

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

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

Hygiène publique, habitat insalubre et promotion de la santé

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

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

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

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

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

Objet réglementaire, au mieux politique, la lutte contre l'habitat insalubre et ses conséquences sanitaires pose, bien au-delà, des questions de fond en santé publique. D'une part, on y retrouve intriqués des enjeux environnementaux – bâti, propreté des parties communes, intoxications CO ou plomb – et des enjeux sociaux – l'habitat insalubre accueille les populations défavorisées et constitue, on l'a dit, l'un des modes spécifiques de production d'inégalités. Ces dimensions sont indissociables : ségrégation dans l'accès

au logement, précarité énergétique, statut social ou juridique, pauvreté font jonction entre difficultés du bâti et difficultés des occupants, rendant vaine toute tentative d'appréhension unilatérale du problème. Par ailleurs, l'habitat insalubre est présent sur l'ensemble des territoires [31], sous des formes variables, des concentrations urbaines aux formes spécifiques au milieu rural. Mais il n'est pas présent « par hasard », indépendamment de l'histoire sociale, urbaine, foncière des territoires concernés : les territoires (communes, quartiers...) socialement les plus défavorisés sont ceux qui concentrent l'habitat insalubre ; celui-ci devient ainsi l'une des voies de passage entre inégalités sociales de santé et inégalités territoriales de santé – et, par là même, l'un des rares moyens d'aborder par des leviers d'action territoriaux des inégalités de santé construites selon des logiques sociales. Au surplus, la concentration variable de cet habitat rend sa résorption plus ou moins facile, à la portée des acteurs locaux : aux inégalités sociales, territoriales, peuvent se rajouter des inégalités structurelles dans la capacité à intervenir localement. Ainsi, l'habitat dégradé ou insalubre apparaît comme le point de convergence de préoccupations sanitaires à dimensions environnementale, sociale, et territoriale.

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

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

Dr Luc Ginot

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

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



Le Code de la santé publique : grandeur et incertitudes

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

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

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

Les SCHS, objets hybrides de la santé publique ?

C'est à l'aune de cette complexité qu'il faut examiner les services communaux d'hygiène et de santé, instruments atypiques de l'action publique. On l'oublie trop souvent, il s'agit pourtant de l'outil territorial de santé publique le plus ancien et le plus généralisé en France. Plusieurs rapports de l'Igas [40] en ont analysé points forts et faiblesses. Deux spécificités sont à relever : en termes d'objectifs, il s'agit d'équipes dédiées – dans les textes – à la santé publique, dans une logique définie comme à la fois territoriale et axée sur des déterminants de santé. En termes de moyens, il s'agit de fonctionnaires municipaux, mais exerçant, au moins en partie, des pouvoirs de police de l'État, sous la houlette

d'un directeur remplissant des fonctions d'expertise (rapport et proposition d'arrêté) ailleurs attribuées au directeur de l'ARS. Ainsi, il s'agit clairement de services municipaux chargés d'appliquer la politique de l'État, sous le contrôle du préfet, en substitution partielle de l'ARS, touchant pour cela une dotation *ad hoc*, et dans un champ défini comme sanitaire. Deux cent huit villes (« exerçant effectivement » les missions au moment des premières lois de décentralisation) sont, depuis 1983, dotées de ce service.

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

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

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

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

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

L'appui aux collectivités territoriales par l'ingénierie

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

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

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

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

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

Nous présentons ici les enseignements tirés de nos missions.

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

Nos premières interventions auprès des collectivités territoriales ont été menées dans le cadre de la politique de la ville, à travers ses programmes de développement social urbain (DSU), puis de contrat de ville et, aujourd'hui, de contrat urbain de cohésion sociale (Cucs). Depuis 2000, nous nous sommes impliqués dans la réalisation de nombreux diagnostics santé pour la mise en œuvre des ateliers santé ville (ASV). L'attente de nos commanditaires était de mobiliser une dynamique partenariale tant dans l'analyse des besoins que dans l'identification

de stratégies d'actions. La double approche souhaitée, à la fois quantitative (recueil et analyse des données statistiques épidémiologiques et socio-démographiques relatives au territoire) et qualitative (analyse des points forts et faibles de l'offre sanitaire et médico-sociale et du partenariat, démarche participative avec les habitants et partagée avec les professionnels), faisait appel à nos compétences méthodologiques en termes d'analyse des données chiffrées, d'entretiens qualitatifs, et d'animation de groupes de travail (technique de Delphes, et méthode Metaplan®, *Focus Group*), ainsi que nos connaissances des liens entre « santé » et « précarité » (Inégalités sociales de santé). La logique ascendante revendiquée par les ateliers santé ville était ainsi respectée, le projet local de santé étant défini de façon pragmatique à partir des constats et des attentes des populations et des acteurs de terrain, confortés par les quelques données statistiques disponibles.

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

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

Vincent Baudot

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Autres latitudes, contexte différent. La communauté de communes de la vallée de la Barousse, dans les Hautes-Pyrénées, s'inquiète du risque de désertification médicale. Sur les quatre médecins, deux sont âgés de plus de 60 ans, et il n'est pas facile de trouver des jeunes médecins prêts à créer un cabinet dans ce territoire rural. Misant sur le fait qu'un projet de maison de santé pluri-professionnelle sera attractif pour de jeunes professionnels, la communauté de communes nous sollicite en juillet 2012 pour un accompagnement. Une étude de faisabilité est d'abord conduite afin d'identifier les attentes des professionnels de santé et des élus, mais aussi leurs craintes et leurs conditions d'engagement dans un tel projet. Cette étude de faisabilité montre que tous les professionnels de santé du territoire sont intéressés pour développer les coopérations pluri-professionnelles ; la majorité se regroupe physiquement, les autres participant au projet de santé commun tout en restant dans leur cabinet. En plus des professionnels déjà installés sur le territoire, de nouveaux professionnels viennent s'associer au projet, attirés par la perspective

d'un exercice partagé dans une MSP. L'accompagnement se poursuit alors avec les professionnels de santé sous forme collective, pour les aider à élaborer en commun un projet de santé, abordant aussi bien les modes d'organisation dans les locaux communs, l'accueil de stagiaires, les modalités de coopération sur les maladies complexes (notamment la prise en charge des personnes âgées dépendantes), l'approche juridique. Parallèlement, nous assurons une médiation entre les élus et les professionnels de santé. Plusieurs aspects se négocient ainsi progressivement, tels que la reconversion des locaux existants, le statut juridique, le partage des coûts des nouveaux locaux, l'investissement informatique. Fin décembre 2012, le projet de santé rédigé est présenté à l'agence régionale de santé, avec laquelle les négociations vont se poursuivre.

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

Le Réseau des villes actives du Programme national nutrition santé

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

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

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

Le Programme national nutrition santé a été initié en 2001, reprenant les objectifs nutritionnels de santé publique fixés par le Haut Comité de santé publique. Pour que ses recommandations ne restent pas à l'état d'intention et pour leur donner une réalité pratique, une déclinaison territoriale était indispensable. Les municipalités, par leurs compétences, leurs liens avec les populations et de nombreux acteurs intervenant dans les domaines social, sanitaire, éducatif, jeunesse et sports, sont des acteurs importants pour la mise en œuvre d'interventions de proximité. Dans cette logique, les villes ont été incitées dès 2004 à signer une charte des villes actives du PNNS, dans laquelle

elles s'engagent à devenir un « acteur actif » du PNNS en mettant en œuvre, au moins une fois par an, une action conforme au PNNS et à veiller à ce que toute action nutritionnelle impliquant la collectivité n'aille pas à l'encontre des repères de consommation du PNNS.

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

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

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

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



Un site internet centralisant les actions des villes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

l'adaptation locale d'une action qui a fait ses preuves ailleurs.

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

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

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

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

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

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

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

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

- en favorisant davantage les rencontres et échanges de compétences entre villes voisines.

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

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

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

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