

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