



Sommaire

04 ALLOCUTION D'OUVERTURE

06 QUELS SONT LES ENJEUX D'UNE ARTICULATION ENTRE POLITIQUES PUBLIQUES ET SANTÉ

12 PREMIÈRE TABLE RONDE : SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT URBAIN : QUELS LIENS ?

26 DEUXIÈME TABLE RONDE : SANTÉ ET COHÉSION SOCIALE : QUELS LIENS ?

40 TROISIÈME TABLE RONDE : SANTÉ ET GOUVERNANCE LOCALE : QUELS PRINCIPES ET QUELS OUTILS ?

54 QUATRIÈME TABLE RONDE : SANTÉ ET CONTRACTUALISATION : QUELS PRINCIPES ET QUELS OUTILS ?

66 SYNTHÈSE DES DÉBATS



ALLOCUTION D'OUVERTURE



QUELS SONT LES ENJEUX...



PREMIÈRE TABLE RONDE



DEUXIÈME TABLE RONDE



TROISIÈME TABLE RONDE



QUATRIÈME TABLE RONDE



SYNTHÈSE DES DÉBATS

AVANT-PROPOS

Les collectivités territoriales démontrent, chaque jour, leur volonté de développer des politiques locales de santé et de réduction des inégalités sociales de santé. Elles mobilisent de nombreux moyens : des services spécialisés tels que la PMI et les services communaux d'hygiène et de santé, des personnels qualifiés, des plans locaux de santé, etc. Dans un exercice toujours plus difficile, elles concourent ainsi, de manière significative mais souvent silencieuse, à la santé publique française.

Au cours des dernières années, différentes réformes sont intervenues en ce domaine. La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a procédé à une recentralisation des compétences en matière de santé publique. La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite « HPST », prévoit une articulation entre services de l'Etat et collectivités dans l'organisation sanitaire et médico-sociale. Malgré ces réformes, l'organisation territoriale de la santé reste complexe.

Par ailleurs, les collectivités territoriales, gérant ou intervenant dans un large champ de compétences non sanitaires (habitat, éducation, environnement, transports, emploi, etc.), disposent de leviers pour agir sur les paramètres qui conditionnent la qualité de vie. Elles sont, de fait, de véritables acteurs de la santé qui, à travers l'ensemble de leurs politiques territorialisées, contribuent à créer des environnements favorables à la santé globale des habitants et à lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Dans ce contexte, de nouveaux modes de gestion des politiques publiques locales sont à anticiper afin de favoriser une prise en charge cohérente et concertée de la santé.

« LES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES CONCOURENT, DE MANIÈRE SIGNIFICATIVE MAIS SOUVENT SILENCIEUSE, À LA SANTÉ PUBLIQUE FRANÇAISE »

Ce colloque, réunissant des représentants de l'ensemble des acteurs concernés, veut marquer le début d'une nouvelle étape dans la réflexion collective en essayant, loin des débats théoriques, d'apporter des réponses concrètes en formulant des propositions d'évolutions législatives et réglementaires

ALLOCUTION D'OUVERTURE



Simon RENUCCI

Maire d'Ajaccio, membre du CNO

Il me paraît essentiel d'identifier une nouvelle définition de la santé publique. La santé publique offre une perspective citoyenne de démocratie sanitaire et de décloisonnement des pratiques. Il est légitime que les personnes ayant des éléments à apporter fassent en sorte de convaincre les autres et de se transformer elles-mêmes pour entrer en adéquation avec la santé publique. Georges Brassens disait que « *la révolution, c'est quand on se transforme soi-même pour que les autres aient envie de se transformer et avancer tous en commun dans le même chemin.* »

Le succès des colloques organisés à Nancy démontre la richesse de ces initiatives, qui devraient se traduire par des échanges et par des propositions à soumettre au Gouvernement et aux puissances publiques.

La santé est un élément majeur pour beaucoup de collectivités. La juxtaposition des actions pèse lourdement sur les personnes motivées lorsque ces actions ne sont pas coordonnées. Il appartient au CNFPT de valoriser l'action des acteurs territoriaux. Ce colloque constitue un moment central d'interrogation sur le financement de la

santé publique. On peut à ce titre évoquer une transition sanitaire, pour établir un parallèle avec le phénomène de transition énergétique. J'ai donc souhaité que ce colloque soit organisé afin d'accorder davantage de pouvoir aux personnes ayant une expérience à partager.

« **IL ME SEMBLE NÉCESSAIRE DE REDÉFINIR LA SANTÉ PUBLIQUE.** »

Il me semble nécessaire de redéfinir la santé publique. Celle-ci ne doit pas être élitiste, et doit placer au centre de nos préoccupations

une connaissance commune, un déterminisme commun et une implication commune à faire valoir et triompher.

Je suis certains que ce colloque sera réussi, car vous le réussirez. Votre présence est riche d'enseignements et de propositions concrètes. Je suis certain que nous pourrons réécrire la santé publique.



Gérard SALEM

Espace santé et territoire,
Université Paris Ouest Nanterre La Défense



« LA RÉPUBLIQUE
A ATTEINT
SON OBJECTIF
VISANT À GARANTIR
UNE ESPÉRANCE DE VIE
ÉGALE QUEL QUE SOIT
LE LIEU DE VIE »

L'étude des espérances de vie par taille de commune confirme qu'il n'existe aucune différence dans ce domaine selon que l'on vit dans un petit village ou dans une grande ville. La République a atteint son objectif visant à garantir une espérance de vie égale quel que soit le lieu de vie. Certains pourront affirmer que les inégalités de santé résultent d'une mauvaise gestion individuelle du capital santé ou d'un déterminisme géographique et qu'il n'appartient donc pas à l'Etat d'intervenir.

Je conteste pour ma part la notion de déterminisme géographique conduisant à affirmer que les populations du Nord-Pas-de-Calais et de Bretagne ont naturellement une espérance de vie plus faible

QUELS SONT LES ENJEUX

D'UNE ARTICULATION ENTRE POLITIQUES PUBLIQUES ET SANTÉ ?

que celles de la région Sud-Ouest. La cartographie de l'espérance de vie démontre que les statistiques en la matière ont considérablement évolué. L'espérance de vie faible dans les deux régions citées est historiquement récente et a finalement progressé, prouvant que le déterminisme n'existe pas. Il nous faut donc identifier les déterminants fondamentaux permettant d'enclencher un cycle vertueux pour améliorer les états de santé.

Nous avons observé davantage de modifications de l'espérance de vie au cours des 30 dernières années qu'au cours des 150 années précédentes. Cette évolution rapide indique que l'indicateur de mortalité est particulièrement réactif aux changements sociaux et territoriaux.

(Au périmètre) À l'échelle ? des unités urbaines, il n'existe aucune relation directe entre la taille de la ville et l'espérance de vie. Loin de toute fatalité urbaine, les espérances de vie sont extraordinairement inégales pour les hommes et les femmes dans notre pays. Le taux comparable de mortalité « évitable liée au système de soins » confirme que le Nord industriel et les zones rurales peu peuplées sont davantage affectées que les zones urbaines. La probabilité de mourir d'une pathologie qui pourrait être soignée par le système de soin selon son lieu de vie varie en France dans un rapport de 1 à 2,5.

Il apparaît qu'il n'existe aucun lien direct entre le taux de mortalité évitable et la taille de la ville, alors que le système de soin des grandes villes est plus développé. Il faut donc identifier les déterminants permettant d'expliquer les écarts, tels que la situation sociale ou économique.

Les inégalités intra-urbaines paraissent plus importantes que les inégalités inter-urbaines. Cette situation se justifie par l'agencement des villes et par l'organisation socio-territoriale de la ville.

À l'échelle de l'Ile-de-France, nous constatons le développement d'inégalités entre l'est et l'ouest comparables à celles observées entre le nord et le sud de la France. Cette évolution ne se justifie pas à mon sens par des facteurs biomédicaux mais par des problématiques sociales, territoriales, économiques voire culturelles.

Par comparaison, la ville de San Francisco présente des différences d'espérance de vie significatives en fonction des « races », telles que définies par les chercheurs américains. Il ressort des analyses pratiquées que les écarts sont directement corrélés avec les indicateurs de pauvreté. Chaque tranche de revenu 12 500 dollars représente ainsi une année d'espérance de vie supplémentaire. Ces inégalités s'observent parfois entre deux quartiers distants de quelques centaines de mètres.

Les écarts d'espérance de vie sont parfois justifiés par des facteurs de risque renvoyant à une responsabilité individuelle supposée dédouaner la responsabilité collective. Il s'agit d'une lecture biomédicale des inégalités. Ce modèle s'oppose à une approche socio-écologique, voire politique, permettant de contextualiser les inégalités de santé et d'agir sur les déterminants d'état de santé.

Il n'existe pas de fatalité urbaine ni de déterminisme urbain, et l'espérance de vie est en réalité légèrement supérieure en ville. Nous sommes confrontés à des constructions sociales et territoriales de la santé. Nous produisons nous-même les

causes de l'inégalité. La réponse consisterait donc à appliquer les bonnes pratiques de zones dans lesquelles les inégalités d'espérance de vie sont réduites. Nous devons identifier les leviers fondamentaux des déterminants de santé en repensant les relations entre ville et santé. Ce changement de logiciel implique également de réfléchir au coût social et territorial d'une population en mauvaise santé. La santé constitue moins une dépense qu'un investissement. Il devient essentiel de lire les villes avec les lunettes de la santé, car une simple lecture juridique ou économique ne suffit plus. Les collectivités locales doivent être appréhendées dans leur spécificité urbaine.

Nous sommes confrontés à un problème politique, qui renvoie à notre statut de citoyen et à la manière dont nous gérons notre présent et notre avenir. Le contexte est marqué par un pragmatisme qui pousse aux démarches autoritaires et par un affaiblissement des Etats par le néo-libéralisme. Il serait cependant dangereux d'aboutir à une « ONG-isation » du secteur de la santé. Le rôle de l'Etat dans le domaine de la santé constitue un facteur d'efficacité pour la communauté.

« LA FILIÈRE COMPTE 227 500 AGENTS ET PÈSE UN PEU PLUS DE 13% DE L'ENSEMBLE DES EFFECTIFS DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE »

Nous ne devons pas laisser confisquer le choix des priorités de santé par des techniciens. Il est impératif de définir ces axes privilégiés au terme d'un débat, en présentant les avantages et les inconvénients des options prises.

Le taux de suicide des jeunes a été défini comme une priorité car il représente la première ou deuxième cause de mortalité chez ces populations, mais ce taux est plus élevé chez les personnes âgées, sans que le sujet ne bénéficie de la même attention.

Nous devons également développer une culture ad hoc de l'évaluation et sortir de l'incantation à la pluridisciplinarité et à l'approche intersectorielle. Il nous faut également

dépasser l'injonction au dialogue entre chercheurs, décideurs et acteurs en analysant les contraintes, les logiques et les calendriers de chacun. Nous devons enfin favoriser une approche tenant compte des spécificités locales. Cette démarche ne devra cependant pas consister à transférer des fonctions de l'Etat aux collectivités locales sans leur attribuer les moyens correspondants.

De la salle

Vous avez souligné à juste titre les pièges de la responsabilisation des individus et de l'incitation à l'intersectorialité. Je note toutefois que vous n'avez pas évoqué le travail à mener avec les habitants eux-mêmes.

Henry METZGER

Ne pensez-vous pas que la situation illustre un désengagement de ses responsabilités par l'Etat ?

De la salle

Estimez-vous qu'une évaluation de l'impact des décisions politiques sur la santé publique devrait être pratiquée ? Je pense notamment aux fermetures de camps de roms.

De la salle

Le Conseil National de la Ville (CNV) peine parfois à constituer des groupes de travail sur la problématique de la santé. Je ne comprends pas que les Observatoires Régionaux de la Santé (ORS) éprouvent eux-mêmes des difficultés pour réaliser des études infra-communales. Il s'agit à mon sens de l'un des obstacles majeurs à la bonne connaissance de la situation des territoires.

Gérard SALEM

Concernant le rôle des habitants dans la réflexion, il m'apparaît que la démocratie sanitaire se heurte au manque de pertinence dans l'analyse menée par ces populations. Les habitants peuvent s'alarmer sur des sujets de toxicomanie et ignorer les enjeux liés à l'obésité ou au recours aux soins.

La réduction des inégalités de santé entre les régions implique de développer une solidarité interrégionale. Je doute cependant que cet effort puisse avoir lieu dans un contexte d'échéances électorales. Vous noterez par ailleurs qu'un taux de mortalité évitable élevé en Auvergne ne concerne qu'un nombre réduit de personnes, quand un taux faible en région parisienne affecte une population importante. Devrions-nous privilégier l'équité ou l'efficacité ? Il s'agit d'une question politique.

Il sera essentiel de donner aux élus locaux les moyens nécessaires pour nourrir le dialogue sur la problématique de la santé car ils ne pourront pas systématiquement s'appuyer sur la collectivité régionale. Je confirme à ce titre que l'accès aux données statistiques est insuffisant en France. Nous sommes contraints d'agréger des informations sur plusieurs années. Les données quantitatives doivent cependant être doublées d'approches qualitatives.

Nous devons effectivement réfléchir à l'impact des décisions publiques sur la santé. L'ensemble des politiques urbaines devrait prendre en compte ce facteur. Les modalités des évaluations devront cependant être définies. Il nous faudra en dernier lieu nous interroger sur l'instrumentalisation éventuelle de ces évaluations.



PREMIÈRE TABLE RONDE

animée par :

Alain PASTY, directeur général des services de la ville d'Épinay-sur-Seine,

Véronique STELLA, chargée de mission Habitat, Fondation Abbé Pierre pour le logement des défavorisés,

Patricia SARAUX, médecin directeur, direction Mission Santé publique de la ville de Nantes, réseau français des villes santé OMS.

SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT URBAIN :

QUELS LIENS ?

À travers leurs compétences en matière de transport, d'aménagement du territoire, d'urbanisme, et d'habitat, les collectivités territoriales développent des politiques impactant directement ou indirectement les conditions environnementales de vie et donc l'aggravation ou la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Quels sont les enjeux de la gestion de ces politiques publiques sur la santé ? Quels liens s'établissent entre développement urbain et déterminants de santé ? Comment la gestion de ces politiques peut contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé sur un territoire ? Comment construire une politique locale, dans ces domaines, favorable à la santé ?

Patricia SARAUX

Le réseau français villes santé de l'OMS compte 82 villes membres et s'articule avec le réseau européen. Il mène notamment une réflexion sur la manière d'agir en amont sur les déterminants de la santé.

La santé urbaine se définit comme « tout ce qui contribue à la santé des habitants sans le soin mais jusqu'aux

« LA SANTÉ D'UNE MASSE D'INDIVIDUS EST LIÉE POUR 75 % À SON STYLE DE VIE ET À SON ENVIRONNEMENT. »

soins ». La santé d'une masse d'individus est liée pour 75 % à son style de vie et à son environnement. Il nous apparaît donc que nous pouvons avoir une action constructive si nous travaillons dans cette optique.

L'urbanisme et la santé sont intimement liés. L'urbanisation produit un impact sur la santé des habitants par le biais de l'eau, de l'environnement, des expositions professionnelles, des violences et des traumatismes, des maladies et des facteurs de risque, et des risques associés à l'émergence ou à l'épidémie de maladies. La population de Kigali, au Rwanda, a été multipliée par dix en vingt ans et la ville a fait l'objet d'une urbanisation massive. Ses habitants étaient essentiellement affectés par des pathologies aiguës il y a vingt ans, telles que le paludisme, la tuberculose ou le sida, et sont désormais sujets au cancer, à l'obésité ou au diabète.

Le programme Santé 2020 de l'OMS nous invite à travailler sur la notion de transversalité en associant les pouvoirs publics et les habitants.

La promotion de la santé en milieu urbain passe par des actions en matière de sport, de logement, d'espaces verts, de transports, de cohésion sociale, de sécurité et d'accessibilité. Il est essentiel de démontrer les aspects positifs de la valeur santé pour la politique établie.

L'OMS promeut des villes sécurisées favorisant la pratique de l'exercice physique et proposant des denrées alimentaires à un tarif abordable. Elle préconise également d'assurer une gouvernance urbaine participative. La ville de Nantes a ainsi créé des ateliers citoyens permettant de restituer les éléments de diagnostic aux habitants. L'OMS demande en dernier lieu de concevoir des villes accessibles à tous et adaptées aux personnes âgées ou à mobilité réduite. Vous noterez à ce titre que les urbanistes évoquent généralement les déplacements à vélo et les modes mul-

timodaux, mais oublie la marche. Nous savons pourtant aujourd'hui que la marche devrait constituer le mode de déplacement privilégié en matière de santé physique et mentale.

L'urbanisme vert participe de l'amélioration de l'état de santé général et du bien-être, et contribue à réduire la criminalité et la violence.

Sept des douze objectifs principaux énoncés par l'OMS pour un urbanisme favorable concernent directement l'espace public. Ces sept objectifs sont les suivants :

- Faciliter la pratique d'activités physiques régulières ;
- Le fait de mettre à disposition des vélos et de disposer d'espaces piétonniers délimités favorise la pratique de l'exercice physique. Promouvoir la cohésion sociale et les réseaux de soutien au sein de la société ; Des « stations gourmandes » ont été installées dans certains quartiers de la ville de Nantes. Ces espaces bordés d'arbres fruitiers comprennent de zones de pique-nique et constituent des espaces de rencontre naturels.
- Faciliter l'accessibilité aux services et équipements (infrastructures sociales, sanitaires, culturelles, sportives, éducatives, commerciales) ;
- Promouvoir la sécurité des habitants et la sécurité routière ; Un observatoire infra communal a été créé à Nantes pour étudier la situation des micro-quartiers en matière de sécurité routière.
- Lutter contre les inégalités sociales de santé ;
- Protéger les habitants contre la dégradation de la qualité de l'air et le bruit excessif ;
- Contribuer à la réduction des émissions qui menacent la stabilité du climat.

Un espace public favorable à la santé se définit par sa capacité à offrir la meilleure accessibilité possible à toutes les populations et une connectivité réelle entre les différents quartiers. Il nous apparaît que les responsables politiques doivent être les chefs de file des ateliers citoyens.

Le lien entre l'habitat et la santé s'observe dans la présence ou non d'espaces verts, dans l'exposition à des nuisances et à des pollutions, et dans la survenance d'événements dangereux pour la santé. Les accidents domestiques représentent la quatrième cause de décès à Nantes et constituent à ce titre une piste de travail essentielle.

La ville de Nantes a mis en œuvre un plan santé environnementale depuis le mois de janvier 2012. Les thématiques suivantes ont été priorisées :

- Qualité de l'air intérieur et habitat sain (les directions de la ville de Nantes ont été formées aux enjeux de l'air intérieur et au dépistage) ;
- Qualité de l'air extérieur (les indices de pollution sont communiqués au public) ;
- Champs électromagnétiques (une charte a été signée et les habitants sont concertés à chaque installation d'antenne relai) ;
- Bruit (une cartographie du bruit a été établie) ;
- Qualité de l'alimentation et de l'eau (un marché accueillant des producteurs locaux et proposant des ateliers cuisine a été créé) ;
- Promotion de l'activité physique par l'offre de déplacements doux (un plan de déplacement piéton est en cours d'élaboration et des appareils d'aérobic sont installés sur des aires de jeu) ;
- Autres thématiques (pesticides, achats durables, allergies)
- Prévention des risques et veille sanitaire (changements climatiques, risques technologiques, légionnelle, prolifération des moustiques et autres vecteurs, pollution des sols, plantes toxiques).

Le label Nantes Capitale Verte a permis d'insister sur le lien entre la santé et l'environnement.

La charte d'aménagement urbain comprenait de multiples références à la santé et nous avons obtenu qu'un volet soit dédié à cette problématique. Ce document a été acté et participe désormais de la politique publique de la ville de Nantes.

François MEYER

Alain Pasty, vous êtes directeur général des services de la ville d'Epina-sur-Seine. Quel lien établissez-vous entre la santé et le développement urbain ?

Alain PASTY

L'organisation de ce colloque permet de partager nos regards et de constater le rôle prégnant de la thématique de santé dans les politiques publiques. J'ai souhaité illustrer cette présentation en vous présentant des initiatives locales. La ville d'Epina-sur-Seine a conclu un contrat local de santé et nous avons participé à la rencontre « les DG ont-ils la santé ? ». Ce temps d'échange nous a permis de réfléchir à l'impact que les DG peuvent produire sur la santé publique.

Epina-sur-Seine s'intègre à l'agglomération parisienne et à l'agglomération de Plaine Commune. La ville accueille 54 775 habitants et compte 84 % de logements collectifs et 42 % de logements sociaux. J'attire cependant votre attention sur le fait que les statistiques en matière de logements sociaux ne tiennent pas compte du logement social de fait, ni de la situation parfois plus précaire des habitats privés.

Notre ville dispose de 33 hectares de parcs et jardins et de 3,5 kilomètres de berges. 31 % de sa population est âgée de moins de 20 ans, mais le taux de chômage atteint 15,6 % et le revenu moyen s'établit à 1 050 euros par mois, en retrait par rapport à la moyenne départementale. Les principaux quartiers de la politique de la ville sont le centre-ville, La Source-les Presles et Orgemont.

83 % des Spinassiens travaillent en dehors de leur commune. Notre ville est donc essentiellement résidentielle et le temps de déplacement domicile/travail constitue une composante particulièrement importante. Nous souhaitons en analyser la dimension sanitaire. La construction d'un tramway et de la rocade ferrée Tangentielle Nord devrait apporter des solutions à nos concitoyens.

Epinais-sur-Seine s'inscrit dans une communauté d'agglomération comptant 400 000 habitants. Nous avons signé un contrat de développement territorial prévoyant la construction de 4 200 logements par an au périmètre de l'agglomération. La thématique de la santé a bien entendu été prise en compte dans le cadre de ce développement urbain. Parmi les déterminants de l'état de santé, les problèmes d'éducation appartiennent toujours aux communes mais l'emploi, l'assainissement et l'habitat ont été transférés à l'agglomération de communes.

La politique de rénovation urbaine de la ville est particulièrement ambitieuse. Nous avons mené une réflexion aboutie avec les bailleurs afin de déterminer comment nous pouvons recomposer le patrimoine. 66 % de la population est concernée par cette démarche qui impliquera de démolir 683 logements et d'en reconstruire 616. 693 logements seront réhabilités et 1 062 logements seront résidentialisés. 245 millions d'euros seront investis dans ces opérations et 167 recrutements seront pratiqués sur les chantiers d'Epinais-sur-Seine grâce aux clauses d'insertion.

Le projet de rénovation urbaine vise à redonner aux Spinais un véritable centre-ville avec de nouveaux espaces publics, équipements et commerce, ainsi qu'à requalifier et diversifier l'offre de logement, désenclaver et relier les quartiers, et créer de nouveaux équipements publics pour renforcer la cohésion sociale.

Les photographies aériennes du centre-ville démontrent une forte densité de population. Nous disposons cependant d'atouts majeurs de développement urbain, tels que la liaison à la Seine ou la présence d'espaces verts. L'urbaniste que nous avons sollicité dans le cadre du plan urbain a entendu définir une « ville jardin » valorisant les liens à la Seine afin que les habitants perçoivent mieux leur ville.

Une évaluation de l'impact en santé (EIS) des projets Tramway et Tangentielle a été pilotée par l'ARS Ile-de-

France. Les résultats de cette enquête n'ont pas encore été restitués. Il nous apparaît cependant que le tramway pourrait constituer à terme un espace apaisé dans lequel les circulations en tramway, à vélo ou à pied peuvent cohabiter.

Un contrat local de santé a été signé pour une période d'un an en décembre 2011 par le Maire d'Epinais-sur-Seine, le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Ile-de-France et le préfet de Seine Saint-Denis. Cette démarche devrait se poursuivre au travers d'un contrat local de santé renforcé conclu pour une période de cinq ans. Les huit axes de travail suivants ont été définis :

- La nutrition ;
- Les conduites à risques ;
- La santé mentale ;
- L'accès aux soins et aux dépistages ;
- Le cancer ;
- La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées ;
- La périnatalité ;
- La santé et l'habitat dégradé.

La création d'une maison de santé pluridisciplinaire et la démarche intersectorielle de lutte contre l'habitat indigne participent du rapport entre santé et développement urbain. Le constat de l'habitat dégradé préoccupe particulièrement les élus et implique de mettre en relation un maximum de partenaires, parmi lesquels les services Logement, Action sociale et Vie des quartiers de la commune, et les services sociaux départementaux. Il est essentiel que chaque base de données de la commune soit alimentée par les relais institutionnels des autres partenaires.

« LA MAISON DE SANTÉ PLURIDISCIPLINAIRE RÉPOND À LA NÉCESSITÉ DE PROPOSER UNE OFFRE DE SOINS ET DE SANTÉ SATISFAISANTE AUX HABITANTS. »

La maison de santé pluridisciplinaire répond à la nécessité de proposer une offre de soins et de santé satisfaisante aux habitants. Des actions spécifiques de politique publique de santé

pourront être menées dans ce cadre. Le document projeté vous présente des éléments descriptifs supplémentaires sur les enjeux de la maison de santé pluridisciplinaire.

Je voudrais conclure en rappelant que nous sommes confrontés à un enjeu méthodologique. La fin de l'ANRU 1 implique de réaliser une évaluation de l'articulation entre les volets urbains et sociaux. Le contrat local de santé sera un élément central du nouveau contrat de ville. Sa dimension pluriannuelle permettra de développer des outils innovants et de mener des expérimentations sur le long terme. Ce document constituera également une opportunité de tendre vers une plus grande cohérence entre les choix des politiques non-sanitaires et les orientations proposées pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

La cohérence d'intervention entre les différents échelons sera également améliorée par la signature d'un contrat unique. L'Acte 3 de la décentralisation pose des questions sur le niveau de proximité. Le maire remplit un rôle essentiel dans sa relation avec les habitants et peut inscrire ses politiques dans le cadre plus large de l'agglomération. Les démarches régionales et locales doivent pouvoir se compléter.

François MEYER

Véronique Stella peut nous apporter un autre regard en s'appuyant sur une étude réalisée par la fondation Abbé Pierre dans le département de l'Hérault.

Véronique STELLA

La fondation Abbé Pierre s'intéresse à un public confronté à deux déterminants de santé majeure. Ces populations sont précaires et mal logées.

Nous avons pu constater que la situation sociale constitue un facteur plus déterminant que le critère géographique en matière de santé.

« LA SITUATION SOCIALE CONSTITUE UN FACTEUR PLUS DÉTERMINANT QUE LE CRITÈRE GÉOGRAPHIQUE EN MATIÈRE DE SANTÉ. »

Nous avons initié une étude épidémiologique il y a an et demi pour observer l'impact de l'absence de chauffage dans un logement sur l'état de santé des ménages. Nous avons craint dans un premier temps que cette enquête ne permette que de prouver une évidence, mais nous avons réalisé qu'elle comblait en réalité un manque de données en la matière. Les études précédentes sur la problématique de l'insalubrité proposaient davantage un diagnostic du logement que de ses habitants.

Nous avons estimé que cette approche permettrait d'illustrer l'impact financier de la dégradation de l'état de santé des ménages sur les politiques publiques et d'obtenir ainsi une enveloppe plus importante en matière de rénovation urbaine. Vous noterez à ce titre que les débats portent généralement sur le logement neuf et sur les améliorations énergétiques et climatiques pouvant être apportées, mais que le parc ancien n'est que peu évoqué en la matière. Je ne conteste pas l'intérêt de faire réaliser des économies aux personnes aisées, mais les personnes réellement dans le besoin ne vivent pas dans le logement neuf. Les riches gaspillent de l'énergie quand les pauvres s'en privent.

Il est essentiel de démontrer que l'action en matière de rénovation thermique ne constitue pas une dépense mais un investissement. Nous nous sommes inspirés de l'approche britannique de ratio pour mener cette analyse. Il a ainsi été démontré en Ulster qu'un euro investi en rénovation thermique permet une économie de 46 centimes d'euros en santé publique.

Nous sommes confrontés à un empilage de dispositifs et de compétences s'entrechoquant et bloquant le déploiement d'autres mesures. Notre étude a été menée par une ONG et s'est appuyée sur une collectivité locale forte, mais nous n'avons jamais été soutenus par les services de l'Etat. L'ARS locale a estimé que la base de données sur la relation entre absence de chauffage et santé des ménages était déjà fournie. Nous estimons pourtant que les conséquences de la précarité énergétique et plus largement de

l'insalubrité sur l'être humain ne sont pas suffisamment pris en compte.

François MEYER

La synthèse de l'étude sera mise à disposition des participants. Je vous propose de recueillir vos réactions et vos questions sur les trois interventions avant d'entamer notre seconde table ronde.

De la salle

Les trois intervenants ont souligné le rôle de l'observation en santé. Comment cette démarche a-t-elle été mise en œuvre au niveau des collectivités territoriales ?

Patricia SARAUX

La ville de Nantes a pratiqué une première observation de santé en 2012 et sa restitution aux habitants et aux élus a permis d'objectiver les inégalités territoriales et sociales de santé. Ce sujet est ainsi devenu une priorité pour nos élus. Nous avons notamment observé des inégalités dans l'obésité chez les enfants de six ans. Un géographe de la santé a compilé des données anonymisées sur la consommation de soin. Ces données ont également été croisées avec les statistiques de l'ORS sur les personnes disposant de mutuelles. Il en ressort clairement que la consommation de soins est directement liée aux revenus. La ville de Nantes offre une complémentaire santé aux populations les plus démunies et nous envisageons désormais de porter notre effort vers les enfants. L'observation de santé produit donc un impact pratique.

Laurent EL GHOZI

Je remercie les trois intervenants pour leur présentations orientées successivement vers les l'environnement, l'aménagement et le logement. La santé publique englobe chacune de ces trois problématiques.

Pourriez-vous m'indiquer de quelle manière le contrat de développement territorial se saisit du sujet de la santé ?

Je tiens par ailleurs à souligner l'importance d'établir des cartes pour illustrer concrètement les inégalités.

Alain PASTY

La thématique de la santé a été inscrite dans le contrat de développement territorial. Les élus de toutes les communes de notre agglomération ont souhaité que le développement s'accompagne d'une dimension sociale. L'enquête publique permettra également d'obtenir un retour des habitants. Les démarches locales resteront cependant assurées par les communes, et non par l'agglomération. Nous devons procéder à des mises en réseau en ce sens.

De la salle

Vous avez annoncé que la ville d'Epinais-sur-Seine s'inscrivait dans une politique publique d'accès aux soins. Pourquoi avoir fait le choix de créer une maison de santé pluridisciplinaire, qui constitue une structure privée, plutôt que d'opter pour un centre de santé ?

Alain PASTY

Certaines villes s'appuient historiquement sur des centres de santé. Epinais-sur-Seine a cependant fait le choix de baser son action sur l'offre de soins existante. Nous sommes par ailleurs confrontés à la problématique de renouvellement générationnel des médecins libéraux. Il nous apparaît que la maison de santé offre aux praticiens un confort de travail supplémentaire et nous permet donc de les attirer ou de les retenir.

De la salle

Madame Saraux semble opérer une distinction entre les choix des habitants et les choix des politiques. Quelle différence observez-vous entre ces choix ?

Je trouve par ailleurs très positif que la fondation Abbé Pierre adopte une approche économique dans sa réflexion. Cette analyse permet de dégager des conclusions déterminantes pour objectiver les décisions publiques.

Patricia SARAUX

Le politique consulte les habitants, mais il se réserve la décision finale. Celle-ci va cependant régulièrement dans le sens des habitants.

De la salle

La commune de Montreuil ne dispose pas des moyens suffisants pour faire intervenir des équipes chargées de supprimer les moisissures dans les logements. Le Code de la Santé publique pourrait s'appliquer mais l'ARS craint une logique de contentieux. Les habitants sont contraints d'intervenir eux-mêmes et s'exposent ainsi à des risques de santé supplémentaires. La même politique était retenue il y a vingt ans, lorsqu'il était demandé aux habitants de gratter eux-mêmes la peinture contenant du plomb.

Patricia SARAUX

Les villes se sont séparées de leurs bains douches. Le seul établissement conservé par Nantes a vu sa fréquentation doubler depuis 2008 et nous le rénoverons donc prochainement.

Véronique STELLA

Le métier de conseiller médical en aménagement intérieur (CMEI) créé en 2008 me paraît sous exploité. J'ai cependant découvert récemment que ces services ne sont pas destinés aux publics précaires et que les interventions des CMEI ne sont pas remboursées.



DEUXIÈME TABLE RONDE

animée par :

Catherine RICHARD, chargée de mission Promotion de la santé, pôle Politiques territoriales, sociales et de la jeunesse, Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DR/JSCS) Ile-de-France.

Bruno TARDIEU, délégué national du mouvement Agir pour tous pour la dignité (ATD) Quart Monde.

Virginie LE TORREC, adjointe au maire en charge de la santé, ville de Saint-Denis.

SANTÉ ET COHÉSION SOCIALE :

QUELS LIENS ?

Les politiques publiques locales de la petite enfance, de l'éducation, de la culture, de la vieillesse sont autant de champs d'intervention des collectivités sur le cadre de vie social et culturel des habitants et donc sur les déterminants sociaux de la santé. Quels sont les liens entre ces conditions de vie et la santé ? Comment avoir une approche globale de ces déterminants d'accès à la santé ? Comment construire une politique locale, dans ces domaines, favorable à la santé ?

François MEYER

Monsieur Tardieu, vous vous proposez de nous présenter quatre exemples concrets illustrant le lien entre santé et cohésion sociale.

Bruno TARDIEU

ATD Quart Monde s'est impliqué dans la problématique de la santé depuis sa création dans les années 50. Son fondateur a failli être emprisonné après avoir été accusé de maintenir les populations dans un camp contaminé par un staphylocoque doré. L'action d'ATD Quart Monde s'est toujours inscrite dans un contexte de tension hygiéniste

opposant la nécessité de soigner les populations précaires et la crainte que celles-ci transmettent des maladies.

Nous avons expérimenté à Nancy la carte santé 54 puis le dispositif désormais connu sous le nom de CMU. Le dernier grand colloque que nous avons organisé s'est déroulé au Ministère du Développement durable afin de souligner l'interaction des facteurs sociaux et économiques dans les problématiques de santé.

J'ai prévu d'évoquer avec vous plusieurs personnes ou situations que j'ai rencontrées afin d'illustrer le lien entre cohésion sociale et santé.

Je tiens en premier lieu à évoquer Gracieuse Souvay, qui a beaucoup œuvré pour le déploiement de la CMU et qui est décédée cet été. La dignité humaine renvoie en premier lieu aux personnes, dans leur complexité, leur multi dimensionnalité, leur parcours et leurs combats. Lorsque Gracieuse était sollicitée par des personnes dans le besoin, elle répondait systématiquement « c'est pas juste, viens, on y va ». Elle était une militante particulièrement engagée dans les problématiques de santé et travaillait encore le mois dernier sur des expérimentations de mutuelles. Gracieuse est tombée malade, mais elle a refusé d'être soignée dans un hôpital après que les médecins lui ont précisé que son hygiène de vie était responsable de son état de santé. Elle refusait cette responsabilisation excessive et contestait que ses symptômes puissent tous être liés à son mode de vie. Gracieuse a donc privilégié sa dignité à sa santé.

J'ai habité dans un quartier défavorisé de New York pour vivre aux côtés des personnes dans le besoin et mieux comprendre leurs attentes. Les populations défavorisées ont pris l'habitude de dire ce que leurs interlocuteurs souhaitent entendre et il est donc difficile d'obtenir d'elles qu'elles expriment leur pensée réelle. ATD Quart Monde attend donc de ses membres qu'ils habitent à tour de rôle les quartiers pauvres des villes dans lesquelles ils interviennent. Ma femme a partagé sa chambre avec quatre

autres femmes enceintes lorsqu'elle a accouché de notre fille. Ces femmes refusaient d'allaiter leurs bébés car elles étaient persuadées que leur lait ne serait pas bon. Entendre toute sa vie qu'on est responsable de la situation dans laquelle on se trouve aboutit à nourrir un complexe d'infériorité.

J'ai rencontré une femme, Jezabel, qui guérissait progressivement grâce au soutien d'un psychologue et à des soins adaptés. Je lui ai fait remarquer que sa santé s'améliorerait et elle m'a répondu « Avant je ne voulais pas me soigner car je ne m'aimais pas ». Il me paraît essentiel de prendre conscience de la nécessité d'abandonner ce mode de pensée. Jezabel a su s'en sortir en reconnaissant que le placement de ses enfants l'affectait et en participant aux rassemblements annuels d'ATD Quart Monde. Elle a obtenu que sa fille placée soit autorisée à se joindre à cette manifestation pour l'entendre chanter. Il s'agissait de son propre déterminant de santé.

Je voudrais enfin citer la responsable du département Santé d'ATD Quart Monde, Huguette Boissonnat, qui a déclaré « A force de ne pas être regardés, les gens ne se regardent pas ». Les responsabilités publiques sont grandes, mais nous avons également une responsabilité citoyenne.

Un autre exemple m'a été rapporté par une volontaire, dont la voisine manquait systématiquement ses rendez-vous chez le dentiste parce qu'elle n'osait pas préciser que la date ne lui convenait pas. Les dents sont fondamentales car elles permettent de sourire, et de nombreuses personnes ont pu retrouver du travail quand le déploiement de la CMU leur a permis de bénéficier de soins dentaires. Cette femme a été convoquée pendant toute sa vie et n'a jamais eu l'opportunité de choisir un rendez-vous.

ATD Quart Monde est particulièrement sensible à la problématique des vacances. De nombreuses organisations proposent aux enfants de partir, mais peu offrent

des solutions aux familles entières. Imaginez-vous ce que représenterait le fait de ne jamais partir en vacances avec votre famille. La famille a besoin de respirer et de vivre de belles choses pour se construire. Les volontaires d'ATD Quart Monde ont reçu au jour un homme en mauvaise santé et l'ont redirigé vers un hôpital. Il était pourtant manifeste que son état nécessitait davantage une semaine de vacances qu'une semaine d'examens. Ou qu'il avait davantage besoin...

« LES DROITS FONDAMENTAUX ONT PROGRESSÉ DEPUIS TRENTE ANS EN FRANCE, MAIS IL EST IMPÉRATIF DE SE CONNAÎTRE ET DE S'ESTIMER POUR LES APPLIQUER EFFICACEMENT. »

ATD Quart Monde estime que les erreurs d'interprétation et les incompréhensions ne constituent pas une fatalité et qu'il suffira de croiser le savoir de médecins et des patients dans une logique de coopération. Nous qualifions cette méthode de co-formation par le croise-

ment des savoirs et des pratiques. Les droits fondamentaux ont progressé depuis trente ans en France, mais il est impératif de se connaître et de s'estimer pour les appliquer efficacement.

J'ai assisté à New York à la campagne d'une association de santé dans un hôtel pour familles sans abri. Les messages diffusés interdisaient aux populations de fumer, de consommer de la drogue, et d'adopter plus généralement des comportements à risque. Les populations concernées ont vécu cette action comme une accusation. Il m'apparaît que les messages de santé publique ne doivent pas définir des interdits mais promouvoir le bien-être.

Une habitante de Colmar a décidé de cultiver des légumes dans son jardin pour faire face à la crise. Elle ne parvenait pas à planter les graines correctement mais a reçu le soutien de ses voisins. Son médecin s'est interrogé sur l'amélioration de son état de santé après un an et cette femme lui a répondu qu'elle marchait pour se rendre à son jardin et mangeait des légumes. Les habitants des quartiers défa-

vorisés n'ont pas les moyens nécessaires pour respecter la préconisation de manger cinq fruits et légumes par jour et limitent leur alimentation au riz et aux pâtes.

Les collectifs doivent permettre aux personnes de s'entraider dans ce type de démarche. ATD Quart Monde estime qu'il existe une responsabilité citoyenne. L'Etat social ne pourra se prolonger que si nous parvenons à combiner l'intelligence professionnelle et la responsabilité citoyenne. On ne peut pas placer un éducateur derrière chaque jeune commettant des erreurs, mais les jeunes doivent être responsabilisés collectivement. De même, chaque difficulté de santé ne pourra pas être traitée par un spécialiste et les collectifs apprenant la santé constitueront donc l'avenir de l'Etat social. L'Etat social est vivement critiqué sur le prix de son action. Il est donc essentiel de définir une co-responsabilité des pouvoirs publics, des professionnels et des citoyens.

Virginie LE TORREC

Je vous remercie pour l'intitulé de cet atelier, qui me permet de préciser le sujet dont je souhaite parler. La cohésion sociale a pendant longtemps été considérée comme ce qui faisait le lien et renvoyait au bon fonctionnement de la société. Cette notion était alors opposée celle de lutte contre les inégalités, visant à corriger les déséquilibres produits par la société. Ce clivage a été progressivement dépassé, et il apparaît que le terrain met désormais l'accent sur la capacité de la société à assurer le bien-être pour tous et sur la lutte contre les inégalités et leur progression dans le monde entier. Le mouvement de croissance des inégalités sociales ne se limite pas à nos démocraties occidentales.

Cette discussion sur la cohésion sociale permet également d'insister sur la co-responsabilité des acteurs. Il est à mon sens impossible de mener une politique de cohésion sociale dans un pays présentant autant d'inégalités sociales sans réaffirmer au plan politique et collectif que les populations ont le droit d'accéder à des biens fondamentaux en matière

« LES POPULATIONS ONT LE DROIT D'ACCÉDER À DES BIENS FONDAMENTAUX EN MATIÈRE DE SANTÉ, DE LOGEMENT, D'ALIMENTATION OU D'ACCÈS À L'EAU ET À L'ÉNERGIE. »

de santé, de logement, d'alimentation ou d'accès à l'eau et à l'énergie. Notre pays est profondément ébranlé et les sondages démontrent que les citoyens ne croient plus dans leurs institutions ni dans la capacité à financer collectivement des droits universels. Un sondage récent sur la Sécurité Sociale a démontré ce pessimisme profond. Il me paraît donc temps de réaffirmer qu'il existe une place pour l'accès à des biens fondamentaux et que la cohésion sociale ne sera pas possible à défaut.

Les problématiques de santé ne sont que peu présentes dans le discours politiques. Seuls les sachants, tels que les professions médicales, les universitaires et les économistes de la santé, s'expriment sur ce sujet. La question du droit de tous à la santé doit donc être abordée, à plus forte raison dans un contexte d'élections municipales. La ville de Saint-Denis est en pleine transformation et accueille un nombre croissant de populations aisées, mais ses institutions se mettent de plus en plus à distance des populations en fermant des guichets et en déployant des plateformes téléphoniques. Il m'apparaît que les villes plus aisées sont tout aussi excluantes pour leurs habitants.

Les expériences présentées ce matin, et notamment celle de Nantes, doivent être partagées et leurs apports et leurs limites doivent être débattus. Cette journée doit nous permettre de discuter de l'engagement des villes dans le champ de la santé. Nous sommes à la croisée des chemins et observons d'une part une montée de la préoccupation pour la santé dans un certain nombre de collectivités de manière ambitieuse, transversale et intersectorielle au travers de politiques locales de santé, d'ateliers Santé ville, de contrats locaux de santé et de réseaux, et d'autre part le fait que les politiques locales ne peuvent pas être légitimes si leur définition n'implique pas les habitants. Le contexte de réduction des dépenses publiques ne doit pas aboutir à retirer aux habitants les plus affectés par les

inégalités sociales de santé leur droit à intervenir dans le débat public. Les exemples cités par Monsieur Tardieu démontrent combien ces populations peuvent être découragées. J'estime que le fait de redonner place aux habitants dans l'élaboration des politiques relève d'un sujet fondamental de démocratie.

Je regrette que l'acte III de la décentralisation n'ait pas reconnu les compétences des villes en matière de santé. Je déplore également que la présence d'un volet Santé n'ait pas été rendue obligatoire dans l'ensemble des politiques publiques. Il s'agit à mon sens d'une occasion ratée de faire progresser les conditions de vie de l'ensemble de nos concitoyens et de s'interroger sur la manière dont les politiques de santé réduisent les inégalités sociales. La santé est directement liée à la réussite scolaire et à l'insertion dans la vie professionnelle, mais les indicateurs dont nous disposons démontrent que les difficultés rencontrées par les populations précaires se reproduisent de génération en génération.

Il me semble essentiel que les connaissances et les acquis de la recherche soient partagés. Nous devons faire en sorte que toutes les données collectées soient communiquées aux habitants afin qu'ils soient en mesure de peser sur nos décisions et de faire preuve d'exigence quant au service public qui leur est proposé.

Catherine RICHARD

Les réformes générales des politiques publiques ont abouti à fragmenter et cloisonner les services au sein de la Direction Régionale Jeunesse et Sport-Cohésion sociale. Les problématiques de Jeunesse et Sport et de Cohésion sociale sont ainsi gérées par des administrations distinctes. La volonté de désigner une personne spécifiquement en charge de la promotion de la santé semblait initialement positive, mais la problématique de la place de l'Etat dans les problématiques de santé n'est que rarement évoquée. Cette mission appartient aux préfets de région et aux préfets de département. Une direction est en charge de l'animation et de la gestion d'associations travaillant au périmètre régional au sein de

la Direction Régionale de la Jeunesse et Sport-Cohésion sociale, et les préfets de départements s'appuient également sur des directions départementales de la cohésion sociale. Cet état des lieux est essentiel pour retracer la place de l'Etat dans les politiques publiques.

Le secrétaire général du Ministère des Affaires sociales a donné il y a trois ans pour instruction de créer des liens entre l'ARS et la Direction régionale Jeunesse et sport Cohésion sociale. Les conventions ainsi établies constituent des feuilles de route définissant un cadre et des actions communes. L'ARS propose également des commissions de coordination des politiques publiques au sein desquelles la Direction régionale Jeunesse et sport Cohésion sociale a trouvé sa place et contribue à la réduction des inégalités en finançant des associations.

Il ressort de cette organisation que l'effort en matière de cohésion sociale doit être mené au niveau local. Ce constat renvoie à la nécessité pour l'Etat de piloter les politiques de la ville par l'intermédiaire des préfets. Comment développer une dynamique territoriale au niveau des départements et de la région ? De quelle manière pouvons-nous faire ressortir le potentiel et les énergies locales ? Quels décideurs nous faut-il convaincre de l'importance des problématiques de santé dans leurs politiques ?

« LES CONTRATS LOCAUX DE SANTÉ DOIVENT PRÉVOIR DES DÉMARCHES QUALITATIVES EN FAVEUR DES PUBLICS. »

L'animation régionale, au travers de l'échelon infracommunal, doit permettre de faire valoir les démarches de proximité. Il est essentiel de développer cette dynamique régionale.

Nous devons nous assurer que les contrats locaux de santé ne constituent pas uniquement une transversalité et prévoient des démarches qualitatives en faveur des publics et des ressources à l'œuvre sur ces territoires.

Simon RENUCCI

La richesse des interventions me conforte dans l'idée que

la santé publique est un bien commun. Le service public est la seule richesse de ceux qui ne possèdent rien.

De la salle

Est-il nécessaire de renforcer le volet Santé dans les contrats urbains de cohésion sociale et dans les plans d'urbanisme quand les exemples présentés ce matin démontrent que la santé apparaît dans différents secteurs sans que les acteurs ne s'en rendent compte ? Le financement du volet santé se réduit régulièrement et je souhaite parfois qu'il disparaisse totalement pour intégrer les volets Réussite éducative, Logement ou Prévention de la délinquance.

De la salle

Je souhaite attirer votre attention sur l'importance de la dénomination retenue pour évoquer le corps médical. Les médecins ne constituent pas une catégorie homogène.

Bruno TARDIEU

La médecine est la seule discipline scientifique assujettie à un serment portant un choix éthique. L'observation de logiques communes à un corps de métier pourrait aboutir à une uniformisation, mais il m'apparaît essentiel que les médecins réfléchissent collectivement sur leur place dans la société et sur leur responsabilité. J'ai évoqué le fait que les populations pauvres que ma femme a rencontrées à New-York étaient persuadées qu'elles élèveraient mal leurs enfants. Je tiens à préciser que les populations défavorisées françaises partagent cette conviction et qu'il ne s'agit donc pas d'une spécificité américaine.

Je souhaite par ailleurs contester l'idée selon laquelle le droit universel deviendrait impossible. ATD Quart Monde a publié un ouvrage pour dénoncer les idées reçues sur la pauvreté. Le responsable du fonds CMU a également rejeté la notion de fraude à la CMU en rappelant que les cas de fraude ne représentent que 500 situations pour 4 millions de bénéficiaires. Il est donc temps de remettre en cause les idées reçues. Hannah Arendt a déclaré que « le mensonge est souvent plus plausible, plus tentant pour la raison que

la réalité, car le mensonge possède le grand avantage de savoir d'avance ce que le public souhaite entendre ou s'attend à entendre. Sa version a été préparée à l'attention du public, en s'attachant tout particulièrement à la crédibilité, tandis que la réalité a cette habitude déconcertante de nous mettre en présence de l'inattendu. ». Il est essentiel de présenter à nos concitoyens la réalité dans une époque tournant au totalitarisme de l'argent.

François MEYER

Les références de cet ouvrage figureront dans la bibliographie en ligne.

Catherine RICHARD

Si nous n'écoutons pas les publics sur les problématiques de santé, j'ignore qui le fera. Nous semblons considérer que les inégalités n'existent plus si nous cessons de les étudier, au risque de créer des poches géographiques de plus en plus étendues et de cliver davantage les populations.

Virginie LE TORREC

Il est essentiel de se rappeler qu'il existe dans le champ de la santé des paroles profanes et des paroles non-profanes. La nouvelle génération de médecins adopte une conception de la santé davantage centrée sur la prévention, mais même les médecins les plus ouverts au partage de leur savoir avec les populations gardent une position d'expert pouvant contribuer au retrait de ces populations des débats sur la santé.

Nous devons impérativement soutenir les dispositifs d'animation des territoires au niveau infracommunal. Les PLU (plans locaux d'urbanisme) contiennent généralement des dispositions spécifiques à la santé lorsque des mobilisations santé sont menées localement. A contrario, des mobilisations strictement intersectorielles ne donnent lieu qu'à des interventions de santé réduites dans les territoires. Nous n'entendrons pas les personnes exclues du système de soin ou minorées par les services publics si nous ne nous appuyons que sur des experts.

De la salle

J'ai entendu Madame Le Torrec souligner que la loi de décentralisation n'a pas donné une place suffisante aux collectivités locales dans le champ de la santé. Marisol Touraine a présenté hier la stratégie nationale de santé, dont l'un des trois pôles est le pilotage de l'ambulatoire et de la santé. La Ministre des Affaires sociales et de la Santé a ainsi défini un service territorial de santé au public, en précisant bien qu'il ne s'agissait pas d'un service public territorial de santé. Ce service serait porté par le médecin traitant. Il m'apparaît donc que nous devons organiser de nombreux autres colloques pour faire accepter l'idée que les professionnels ne devront plus être les pivots de la stratégie nationale de santé.

Laurent EL GHOZI

Le service de médecine de premier recours au public est dénommé « service public de premier recours » dans le texte de la stratégie nationale de santé. Par ailleurs, l'acte III de la décentralisation ne prévoit aucun transfert de compétences aux collectivités en matière de santé, mais je tiens à préciser que les collectivités elles-mêmes n'en voulaient pas.

De la salle

Je souhaite souligner que le nombre de médecins territoriaux recule. La médecine territoriale remplit pourtant un rôle central auprès des populations les plus vulnérables et constitue un acteur majeur de la prévention.

De la salle

La médecine sociale est liée à la santé publique en France alors qu'elle constitue une spécialité à part entière dans d'autres pays. La notion de « détermination en santé » me paraît particulièrement intéressante.

Les ateliers Santé ville ont une expérience concrète de l'action. La réflexion sur la cohésion sociale en tant que déterminant de santé est intéressante, mais nous devrions nous questionner sur les facteurs permettant de développer la participation citoyenne.

Bruno TARDIEU

Notre pays a défini des déterminants de santé dans une logique déterministe. Le fait d'habiter tel type de logement est considéré comme justifiant la survenance de telle maladie. ATD Quart Monde estime que la détermination des personnes défavorisées devrait partir du terrain, mais les démarches sont actuellement intégralement conduites par les pouvoirs publics. Nous préconisons donc que l'Etat et les collectivités territoriales reconnaissent les espaces de démocratie où la parole peut naître. La participation des habitants ne peut plus se limiter à répondre à des questions. Ces populations doivent être en capacité de partager leurs préoccupations et de poser des questions. Les pouvoirs publics disposeront ainsi d'un interlocuteur avec lequel échanger. La population d'un quartier doit constituer le moteur de l'articulation des politiques et des dispositifs.

De la salle

Les professionnels de santé de Chambéry ont demandé la réalisation d'un diagnostic local de santé, et la municipalité s'est interrogée sur la constitution d'un atelier santé ville. Cette démarche est accompagnée par l'hôpital de Chambéry, qui dispose d'une permanence d'accès aux soins. Nous organiserons un colloque national les 15 et 16 mai 2014 consacré au regard des personnes vivant le diagnostic sur la médecine et sur l'entrée dans le système de santé.

Patricia SARAUX

Il est essentiel que les élus ne soient pas aveuglés par une réussite globale. La ville de Nantes est de plus en plus attractive, mais les inégalités sociales y progressent dans le même temps.

Virginie LE TORREC

Je remercie Monsieur El Ghozi d'avoir souligné que les élus eux-mêmes n'ont pas porté le transfert des compétences de santé aux collectivités. Les élus semblent partager l'idée erronée que le service public coûte désormais trop cher. Nous nous demandons aujourd'hui ce que nous souhaitons faire de nos services publics, jusqu'où nous

devons les entendre et à qui nous devons les destiner. Ces interrogations participent d'une bataille culturelle.

« UN SERVICE PUBLIC DE QUALITÉ TRADUIT UNE FORME DE SOLIDARITÉ ET CONSTITUE L'EXPRESSION D'UN PROJET DE BIEN ÊTRE POUR TOUS. »

Un service public de qualité traduit une forme de solidarité et constitue l'expression d'un projet de bien être pour tous. Nous devons donc engager un débat sur le fond. J'ai notamment constaté que les échanges sur le

financement de la Sécurité Sociale étaient facilités lorsque l'on prouve l'absurdité et l'injustice de la dégradation précoce de la santé. L'indicateur de mortalité évitable me paraît particulièrement intéressant en ce qu'il démontre les enjeux de justice sociale.

Les agents des collectivités n'ont pas conscience de l'étendue de leurs capacités d'action. Ils peuvent démontrer aux élus que la coopération entre les services permet de lever les obstacles. Les agents ont cette capacité à se rapprocher des acquis de la recherche et à les diffuser dans leurs services. Les problématiques de santé ne peuvent pas être réduites à des sujets techniques de gestionnaire.

Bruno TARDIEU

La mission que nous pourrions confier à notre Etat est de n'oublier personne.

Simon RENUCCI

Le rôle essentiel des acteurs territoriaux dans la santé publique doit être davantage reconnu. La prévention doit constituer un outil au service de la santé et de toute la population.



TROISIÈME TABLE RONDE

animée par :

Nicolas PRISSE, chargé de mission auprès du secrétariat général des ministères chargés de l'action sociale,

Anne LAPORTE, responsable de la cellule ingénierie et appui méthodologique, chef de projet évaluation d'impacts sur la santé, Agence régionale de santé (ARS) Ile-de-France,

Didier MENARD, président de la Fédération des maisons et pôles de santé d'Ile-de-France (FEMASIF) et de l'Association communautaire santé bien-être (ACSBE),

Pierre SUESSER, président du Syndicat national des médecins de PMI,

Faouzia PERRIN, médecin-directeur de Grenoble, présidente de Méditoriales, membre du CA de la Société Française de Santé Publique.

SANTÉ ET GOUVERNANCE LOCALE :

QUELS PRINCIPES ET QUELS OUTILS ?

Pour répondre aux enjeux importants et croissants des inégalités de santé, il apparaît capital que soient privilégiés de nouveaux modes de gouvernance favorisant une gestion publique locale globale favorable à la santé. Cette gouvernance locale devrait amplifier la concertation entre les différents échelons du territoire, le décloisonnement entre les différents champs de compétence des collectivités, l'analyse de l'impact sur la santé des différentes décisions politiques pour une aide à la décision, la participation des habitants. Elle peut se traduire par la mise en œuvre de nouveaux outils ou fonctionnements tels l'intersectorialité, les plans locaux de santé, les maisons et pôles pluridisciplinaires de santé, la démarche d'évaluation d'impact sur la santé, etc. De façon globale, sur quels outils de gouvernance pourraient s'appuyer efficacement les collectivités pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ?

Nicolas PRISSE

Mon intervention sur la problématique de la santé et de la gouvernance locale n'aurait pas été la même il y a trois jours. La Ministre des Affaires sociales et de la Santé, Marisol Touraine, a présenté hier la stratégie nationale de santé.

Cette feuille de route est le point de départ d'un processus de long terme et s'appuie sur le rapport du Comité des Sages définissant 19 pistes d'évolution de notre système de santé.

La feuille de route doit être mise en application au travers de mesures opérationnelles. La Loi de Financement de la Sécurité Sociale permettra d'introduire de premières évolutions ; la Ministre des Affaires sociales a annoncé qu'une loi de santé prévue pour 2014 s'inspirera également des mesures de la feuille de route et des conclusions des forums régionaux organisés sous l'égide des ARS. Ces démarches devront avoir lieu avant les échéances municipales afin que les intervenants s'expriment hors de la période de réserve électorale.

La situation épidémiologique est marquée par la prééminence des maladies chroniques et des situations liées à la dépendance. La moyenne d'âge de la population s'élève et les modalités de prise en charge devront évoluer.

42 « L'ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE EST PARTICULIÈREMENT ÉLEVÉE EN FRANCE, MAIS NOTRE PAYS FAIT PARTIE DES MOINS BIEN POSITIONNÉS EN TERMES D'INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ. »

L'espérance de vie à la naissance est particulièrement élevée en France, mais notre pays fait partie des moins bien positionnés en termes d'inégalités sociales de santé. Ces inégalités sont liées au coût de l'accès au soin et à des déterminants

sociaux et environnementaux touchant aux prérogatives des collectivités locales. Il a été estimé que ces déterminants pèsent pour 80 % dans la situation d'inégalité. La problématique de la santé implique une multiplicité d'acteurs, et notamment plusieurs Ministères. Les politiques économiques, sociales, éducatives ou environnementales peuvent produire des impacts favorables ou défavorables sur la santé.

Je vous propose d'étudier comment s'est organisé le partenariat entre les services de l'Etat et les collectivités terri-

toriales depuis la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST). Les trois mécanismes de collaboration suivants ont été observés :

- Concertation impliquant les collectivités territoriales dans des conférences territoriales ou régionales ;
- Coordination par des commissions présidées par le directeur général de l'ARS ;
- Contractualisation portée par les contrats locaux de santé.

Ces trois mécanismes ont permis d'améliorer la qualité des partenariats, mais l'implication des collectivités locales dans des conférences a présenté des limites et les commissions n'ont pas suffisamment bien fonctionné.

Les contrats locaux de santé sont porteurs de grandes dynamiques, mais l'articulation entre ce dispositif et les anciens ateliers Santé ville reste source d'interrogations.

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé a annoncé une feuille de route très ambitieuse et susceptible de répondre à ces interrogations, axée sur la prévention et prévoyant la création d'une instance interministérielle chargée d'agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé.

Le deuxième axe fort est celui de la coordination du parcours de santé autour des individus. Cette démarche vise à fluidifier la prise en charge des patients en lien avec les acteurs du premier recours et les établissements médicaux sociaux. Ce sujet soulève des questions fondamentales, telles que le mode de rémunération des professionnels de santé, la responsabilité des acteurs et la création de nouveaux métiers. L'objectif est cependant de s'assurer que les professionnels se coordonnent entre eux afin de replacer le patient au cœur du système.

Le troisième axe porte sur le renforcement de la démocratie sanitaire locale afin de corriger les insuffisances de la loi précédente.

Anne LAPORTE

L'Évaluation d'Impact sur la Santé (EIS) constitue un outil d'aide à la décision publique. Elle a pour but d'informer et d'influencer la prise de décision politique sur les enjeux de santé. L'EIS associe l'ensemble des parties prenantes concernées par la politique ou le projet et uti-

« L'ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTÉ (EIS) CONSTITUE UN OUTIL D'AIDE À LA DÉCISION PUBLIQUE. »

lise un ensemble de données contextuelles et scientifiques, des avis d'experts et l'avis de la population.

L'EIS porte des valeurs de démocratie, d'équité, de développement durable, et d'utilisation éthique des connaissances.

L'évaluation sera menée sur des projets, des programmes ou des politiques avant leur mise en œuvre. Elle permettra de prédire les impacts sur la santé de ces projets, en estimant la sévérité et la probabilité de ces effets, en déterminant s'ils seront directs ou indirects et en évaluant leur distribution dans les différents groupes de la population.

L'EIS permet également de formuler des recommandations pour maximiser les impacts positifs et minimiser les effets négatifs, et d'influencer les décideurs dans leur prise de décision. Les impacts des politiques seront appréciés au regard des déterminants socio-économiques de santé.

Les impacts sur la santé sont définis comme l'ensemble des effets, positifs ou négatifs, directs ou indirects d'un projet sur la santé et le bien-être des populations. Ils peuvent se réaliser à court, moyen ou long terme.

L'EIS permettra aux décideurs de disposer d'éléments d'information afin d'améliorer le processus de décision, de choisir entre plusieurs scénarii, de prendre en compte des impacts sur le développement durable, d'améliorer leur popularité vis-à-vis des citoyens et de favoriser la collaboration intersectorielle.

L'intérêt du dispositif pour les populations résidera dans la possibilité de contribuer à un bénéfice économique, social ou sanitaire, d'aider au développement de la démocratie locale et de participer à l'augmentation de ses connaissances et de ses compétences.

Le secteur de la santé pourra augmenter sa connaissance commune grâce au dispositif d'EIS et sera davantage sensibilisé aux déterminants socio-économiques de la santé. L'EIS favorisera les échanges intersectoriels et contribuera à réduire les inégalités sociales.

La décision de mener une telle évaluation appartiendra aux collectivités ou aux associations. Le périmètre de l'EIS pourra porter sur tout projet en matière d'aménagement, de transport, d'éducation ou de fiscalité. Le financement de la démarche sera inclus dans le budget du projet cible. Sa réalisation sera assurée par une équipe pluridisciplinaire d'évaluation et encadrée par un comité de pilotage. Des plateformes ressources pourront être mises à disposition des collectivités souhaitant mener des EIS. La sensibilisation et la formation des acteurs seront assurées par l'ARS Ile-de-France.

Didier MENARD

Je porte des projets de santé dans mon quartier et il m'apparaît que les EIS seront des outils particulièrement techniques. Vous avez évoqué une participation citoyenne, mais nous devons préciser les modalités de ces échanges.

Monsieur Prisse s'est montré enthousiaste sur la feuille de route présentée par la Ministre des Affaires sociales, mais je suis déçu pour ma part. Une grande partie de ces éléments existe déjà mais reste limité au stade d'expérimentations. J'attendais de la feuille de route qu'elle généralise ces pratiques.

La Ministre des Affaires sociales a évoqué le service territorial de santé. La médecine ambulatoire libérale fonctionne depuis 1927 sur des principes de liberté d'instal-

lation, de liberté de prescription, d'exercice individuel, d'entente directe pour le paiement et de responsabilité individuelle définis dans un code de déontologie. Marisol Touraine semble aujourd'hui remettre en cause ce mode de fonctionnement.

Le système de la médecine libérale traverse une crise à laquelle la France a tenté à plusieurs reprises de répondre en développant une politique de substitution, un réseau de villes hôpital, des maisons de santé et des pôles de santé. Les centres de santé ont su résister à chacune de ces transformations. Nous observons aujourd'hui des convergences qui devraient pouvoir servir de levier. Les médecins généralistes et libéraux devront cependant modifier leur activité en travaillant en équipe dans une logique de territoire. Cette décision est justifiée par la nécessité de s'adapter au nouveau besoin d'accompagnement des malades.

La médecine ultraspécialisée a connu des progrès significatifs et a permis aux patients de ne plus mourir du diabète ou de l'hypertension artérielle. Elle n'est cependant pas en mesure de lutter contre les complications, et il a donc été décidé que les médecins devraient travailler ensemble autour de la notion de parcours de santé. De plus en plus de regroupements de professionnels au sein de maisons de santé sont observés. Le travail de coordination accompli par ces médecins doit cependant être rémunéré. Il s'agit d'un levier puissant pour que les professionnels de santé travaillent différemment. Nous devons construire le décloisonnement sur le territoire, entre les structures et les professionnels, mais également dans les mentalités. Les médecins doivent comprendre qu'ils ne sont plus les seuls à s'occuper d'un patient.

Je crois beaucoup dans le principe de parcours. Des questions se poseront cependant lorsque des maisons, des pôles et des centres de santé auront été créés en grand nombre. Les médecins devront désormais réfléchir en termes de territoire. Les ateliers santé villes et les contrats locaux de

santé ont toutefois montré la voie dans ce domaine. Les médecins observeront que les patients sont également des habitants qui peuvent s'exprimer sur la qualité du service. La place des usagers vivant sur le territoire deviendra un enjeu central. Des débats auront certainement lieu sur la co-construction d'actions de santé participatives et démocratiques.

« LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ DOIT IMPULSER UNE DYNAMIQUE PERMETTANT À CE MODÈLE MINORITAIRE DE DEVENIR À TERME MAJORITAIRE. »

Les évolutions amorcées ne concernent qu'une minorité de médecins et de pharmaciens à ce jour, mais cette population progresse régulièrement. La stratégie nationale de santé doit impulser une dynamique

permettant à ce modèle minoritaire de devenir à terme majoritaire.

Pierre SUESSER

Je suis également dubitatif sur les propos de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé. J'approuve les principes de prévention de proximité, de parcours de santé, d'approche globale et de pluridisciplinarité, mais j'espère que tous les acteurs de la santé seront impliqués dans la politique de santé nationale.

L'IGAS (Inspection générale des affaires sociales) a rédigé un rapport sur les inégalités de santé dans l'enfance et propose une stratégie de lutte reposant sur un principe d'universalisme proportionné. Celui-ci aboutirait à cibler les prestations tout en maintenant leur universalité. Tout ménage doit pouvoir disposer du même socle d'intervention, complété par des prestations spécifiques en fonction des besoins particuliers. Ces besoins doivent être appréciés le plus individuellement possible afin que l'accompagnement des familles ne conduise pas à une stigmatisation de populations considérées « à risque ».

Les services de PMI sont bien équipés pour répondre à ces objectifs. L'exposition à des risques sanitaires spécifiques

appelle des réponses multidimensionnelles, médicales, socioéconomiques et éducatives que notre exercice interdisciplinaire permet de bien activer. Toutes les difficultés rencontrées dans le développement des enfants ne sont cependant pas l'apanage des publics défavorisés. Les missions de dépistage de maladies chroniques ou de handicap doivent pouvoir bénéficier à tous.

L'expérience autour de la question du saturnisme est éclairante pour définir ce qu'est une approche ciblée de la santé. Les causes de ce saturnisme ont été rapidement identifiées et les mesures médicales, éducatives et sociales adaptées ont été prises. Des places en crèche ont ainsi été attribuées prioritairement aux enfants concernés.

Les services de PMI ont une position de vigie, des capacités d'étude, une pluridisciplinarité, et une aptitude à intervenir dans les milieux de vie, qui leur permettent d'être particulièrement bien placés pour répondre à des défis de santé publique.

Je souhaite citer une seconde expérience, relative aux effets de l'exposition des enfants aux écrans de télévision. Une exposition massive peut engendrer des risques accrus d'obésité ultérieure, de retard de langage, de réduction de leur capacité d'attention et des souffrances psychiques. Les services de PMI mènent une action préventive à destination des familles et des assistantes maternelles. Cette démarche ne vise pas uniquement à porter un message d'alerte, car celui-ci aurait un effet limité s'il n'était pas accompagné de propositions alternatives pour soutenir le développement des enfants.

Tous les acteurs s'accordent sur l'importance d'assurer des lignes de continuité entre les différents âges de l'enfance, entre les dimensions préventives et curatives des soins, et entre les différents métiers impliqués autour des enfants pour mener une action sur leur santé. Le groupe de travail sur les familles vulnérables et sur l'accès aux soins a proposé des pistes de réflexion pour améliorer la

coordination des acteurs. Nous pourrions ainsi envisager que le dispositif de PMI soit partie prenante d'une instance collégiale formalisant la coopération locale dans un cadre fonctionnel avec tous les acteurs de santé du champ de l'enfance et de la famille. Des priorités et des modalités de coopération pourraient être définies dans le respect des prérogatives de chaque composante afin de favoriser une meilleure coordination des actions. Ces instances pourraient bénéficier d'une animation et d'une coordination publique et collégiale associant des représentants de l'ARS, des conseils généraux, et des pôles hospitaliers, et s'articulant avec les acteurs des champs intervenant sur la santé.

« LA NÉCESSAIRE MISE EN LIEN DES COMPLÉMENTARITÉS INTERDISCIPLINAIRES INDISPENSABLES À LA PRODUCTION DE POLITIQUES PUBLIQUES ET DE PRATIQUES DE TERRAIN EFFICACES DANS LA LUTTE CONTRE LES INÉGALITÉS DE SANTÉ. »

Ces pistes de travail ne visent pas à empiler un nouveau dispositif sur les mécanismes existant à date, mais à penser au quotidien la nécessaire mise en lien des complémentarités interdisciplinaires indispensables à la production de politiques publiques et de pratiques de terrain efficaces dans la lutte contre les inégalités de santé. Ces orientations

restent conditionnées à la préservation d'un service public capable de les porter.

Faouzia PERRIN

Le cadre de l'action publique en France est défini par des lois confirmant que l'Etat est responsable et pilote de la politique de santé. Dans ce contexte, les collectivités territoriales ont des compétences facultatives en matière de santé. L'acte I de la décentralisation de 1983 prévoyait de confier des compétences de santé publique aux collectivités. Les services communaux d'hygiène et de santé ont cependant été recentralisés dans le même mouvement. L'acte II de 2004 indique que le département est le chef de fil de l'action sociale et que l'Etat reste le garant de la santé. Il m'apparaît cependant que la PMI relève d'une mission de santé publique fondamentale.

L'action publique se définit comme « l'action menée par une autorité publique afin de traiter une situation perçue comme posant problème ». Ses orientations sont particulièrement consensuelles, en ce qu'elle vise à développer la prévention et à adopter une approche coordonnée et territorialisée de la santé.

La gouvernance et la volonté d'intégrer les habitants dans le processus de décision me semblent participer d'un effet de mode. La gouvernance renvoie à « une conception de l'action publique en rupture avec le modèle classique des politiques menées à titre principal par un Etat centralisé sur des secteurs bien délimités ». Il m'apparaît que ce terme n'est donc pas adapté au cadre de la politique de santé de notre pays. Les problématiques de gouvernance s'inscrivent au cœur des démarches de développement durable et de promotion de la santé, qui sont pilotées par les autorités locales.

La mise en place d'une gouvernance repose sur le constat que les plus pauvres sont les plus éloignés des lieux de décision. Les politiques locales de santé s'appuient sur des outils de gouvernance locale tels que le plan local de santé, le management intersectoriel des services publics, la coordination des acteurs et des institutions locales, la contractualisation ou le partenariat. Je suis cependant surprise que les collectivités locales soient désignées comme les plus à même de mener les évaluations d'impact. Je doute qu'une telle action puisse être menée au niveau local si ce principe n'est pas respecté au périmètre national.

« LA PROBLÉMATIQUE DE LA SANTÉ APPELLE UNE SIMPLIFICATION ET UNE ACTUALISATION DE LA POLITIQUE DE DÉCENTRALISATION. »

Les enjeux mondiaux, nationaux et locaux de gouvernance et d'inégalité de santé s'appuient sur des moyens publics fragiles dans un contexte de double rupture des modèles. La problématique de la santé appelle une simplification et

une actualisation de la politique de décentralisation. Je doute qu'un service territorial de santé puisse être créé

si les élus eux-mêmes ne veulent pas d'un acte III de la décentralisation.

De la salle

J'accompagne dans leur projet une trentaine de médecins s'étant réunis en association pour constituer une maison de santé pluridisciplinaire. Comment l'ARS peut-elle appuyer cette démarche ? Comment le travail hors soin est-il rémunéré ?

Didier MENARD

L'ARS a pour mission de financer les études d'opportunité et de faisabilité réalisées par les équipes de professionnels créant des maisons de santé. Des fédérations régionales de maison de santé ont également été créées pour soutenir les nouveaux projets.

La rémunération du travail hors soin est envisagée pour 150 expériences qualifiées de « nouveaux modes de rémunération ». Nous pensons que ceux-ci seraient étendus à toutes les équipes qui le souhaitent mais la feuille de route évoque uniquement le prolongement des modes de rémunération pour ceux qui en ont déjà bénéficié, puis éventuellement une extension du dispositif à 150 nouveaux projets.

De la salle

Une méthodologie unique d'EIS a-t-elle été validée ? La plateforme ressources Ile-de-France sera-t-elle étendue à l'ensemble des EIS, ou concernera-t-elle exclusivement l'Ile-de-France ? Comment le prestataire assurant les évaluations sera-t-il choisi ?

Anne LAPORTE

Chaque EIS est spécifique et peut donc faire appel à différentes méthodes. Cette variété ne rend pas le travail moins rigoureux. La plateforme ressources n'est pas encore créée.

Nicolas PRISSE

Nous n'avons pas encore de visibilité sur les besoins et les ressources en matière d'EIS.

Viviane BAYAD

Le CNFPT a organisé en juin une journée d'actualité sur les EIS et nous travaillons à la préparation d'une formation sur la méthodologie pour accompagner les collectivités territoriales souhaitant mettre en œuvre une démarche d'EIS.

De la salle

Les collectivités territoriales ne parviennent pas toujours à désigner un représentant au sein de l'assemblée de démocratie sanitaire car les élus ont un calendrier particulièrement chargé. Ni les titulaires, ni les suppléants ne sont parfois en mesure d'y assister. Je m'étonne que les textes réglementaires n'aient pas prévu d'autres modes de représentation et que seuls les élus puissent y assister.

Laurent EL GHOZI

Il ne faut pas accepter une responsabilité si on n'est pas en mesure de l'assumer. Nous avons dû défendre notre position pour que cette instance soit composée d'élus locaux, départementaux et régionaux. Il serait à mon sens dommage que les élus ne saisissent pas cette opportunité d'agir dans un lieu de démocratie.

Faouzia PERRIN

Il sera nécessaire de délimiter le spectre de l'évaluation. Il ne faut pas interpréter le rejet du mécanisme d'évaluation par les élus comme un désintérêt de ceux-ci pour les problématiques de santé. Nous devons également nous interroger sur le poids économique d'une telle démarche. Choisir une politique au terme d'une évaluation médico-économique pourrait conduire à ignorer les enjeux de développement humain et durable.



QUATRIÈME TABLE RONDE

animée par :

Eric BRIAT, secrétaire général, comité interministériel des villes,

Yves TALHOUARN, délégué général à l'inspection des services, à la réforme des politiques publiques et à la santé, conseil général du Val-de-Marne,

Jacqueline FONTAINE, vice-présidente du Conseil régional de Lorraine,

Henry METZGER, adjoint au maire chargé de la santé, ville de Mulhouse.

SANTÉ ET CONTRACTUALISATION :

QUELS PRINCIPES ET QUELS OUTILS ?

De nombreux dispositifs visent à favoriser une cohérence et une globalisation de l'organisation territoriale de la santé voire de la cohésion sociale, tels que les contrats urbains de cohésion sociale (CUCS), les programmes de réussite éducatives (PRE), les ateliers santé ville (ASV), les contrats locaux de santé (CLS), les contrats locaux de santé mentale (CLSM)... Sur quels outils de contractualisation pourraient s'appuyer efficacement les collectivités pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ?

François MEYER

Quelle pourrait être la place de la santé dans le nouveau dispositif politique de la ville ?

Eric BRIAT

Le paysage de la contractualisation évoluera certainement dans les prochains mois. Le Ministre délégué de la Ville, François LAMY, a présenté le 2 août en Conseil des Ministres un projet de loi pour la ville et la cohésion urbaine dont certaines dispositions pourraient impacter la manière dont nous travaillons la problématique de la santé. Ce texte s'inscrit dans l'effort global mené par le Ministère en matière de santé dans les quartiers.

Le projet de loi pour la ville et la cohésion urbaine expose en vingt articles les objectifs et l'évolution de la politique

de la ville. Il devrait être présenté à l'Assemblée Nationale pour première lecture à la mi-novembre.

Le projet de loi redéfinit la géographie prioritaire de la politique de la ville. Le territoire de la communication en la matière est une véritable jungle d'acronymes relevant de périmètres différents. L'objectif premier de la loi est de définir une géographie prioritaire unique des quartiers de la ville. La politique de la ville sera déployée dans toutes ses composantes au sein de ces quartiers ciblés.

La géographie prioritaire unique sera restreinte, afin d'identifier 1 000 à 1 500 quartiers contre 2 500 dans le modèle actuel. Certains quartiers sortiront du classement actuel de la politique de la ville et d'autres y entreront. La nouvelle géographie impliquera de définir une couverture dans les nouveaux quartiers et d'ajuster les moyens et les dispositifs dans les quartiers déjà inclus dans la politique de la ville.

Le projet de loi pour la ville et la cohésion urbaine prévoit également la conclusion de nouveaux contrats de ville, qui permettront de mettre en œuvre les interventions de la politique de la ville en contractualisant avec les Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) et les communes les composant. Ce nouveau champ de contractualisation fera donc des EPCI les nouveaux correspondants de l'Etat. Nous avons souhaité que les Conseils Généraux soient également signataires de ces contrats de ville. Une convention devrait être signée en ce sens avec l'Assemblée des Départements de France. Une convention similaire a déjà été signée avec l'Assemblée des Régions de France afin que les conseils régionaux participent également à cette démarche.

Les ARS et Pôle Emploi seront également associés à l'élaboration et à la mise en œuvre des contrats de ville dans une volonté de cohérence accrue de l'action de l'ensemble de ces acteurs. Les inégalités sociales aboutissent régulièrement à des phénomènes de concentration dans les

quartiers de la politique de la ville. Il nous est donc apparu essentiel d'associer aux contrats de ville ces institutions.

« UN VOLET SANTÉ SERA INCLUS DANS LE CONTRAT DE VILLE. »

Un volet santé sera inclus dans le contrat de ville et le principe de participation des habitants sera inscrit dans le projet de loi pour

la ville et la cohésion urbaine. L'implication des citoyens dans la co-construction des contrats de ville constituera ainsi un relai transversal qui se manifestera quelles que soient les problématiques abordées.

Nous avons par ailleurs engagé une politique de signature de conventions interministérielles. Le processus a été accéléré au terme du Comité Interministériel des Villes et les dernières signatures devraient avoir lieu dans les prochaines semaines. Cette décision part du constat d'une mobilisation insuffisante du droit commun. Les crédits politique de la ville se substituent actuellement aux crédits de l'Etat, alors qu'ils devraient les compléter. Les 500 millions d'euros alloués chaque année aux villes sont cependant insuffisants pour mener des actions en matière d'éducation, de santé ou d'emploi dans les quartiers de la ville. Une convention a donc été conclue le 19 avril 2013 avec le Ministère de la Santé pour mettre en cohérence les volets Santé des futurs contrats de ville et des contrats locaux de santé comportant des cibles territoriales sur les quartiers prioritaires. Cette convention prévoit également une articulation renforcée entre les conseils locaux de santé mentale et les organismes intervenant dans les quartiers de la politique de la ville.

Nous fonderons donc notre action sur un instrument législatif redéfinissant la politique de la ville et son cadre d'intervention, sur un dispositif contractuel de terrain et sur un instrument interministériel permettant de mieux mobiliser le droit commun de l'Etat et articuler les interventions sur les crédits spécifiques de la ville. Il nous faudra également fournir un certain nombre d'éléments méthodologiques donnant un cadrage et suggérant des retours d'expérience sur le volet Santé des contrats de ville.

Yves TALHOUARN

La France est caractérisée par la grande disparité de ses territoires, et cette variété se confirme dans le département du Val-de-Marne. Ce territoire bénéficie d'une forte implantation de structures de santé et compte moins de maires que de conseillers généraux. Nos politiques sont de ce fait fortement articulées. Ainsi, l'avis sur le projet régional de santé a été co-construit par le Conseil Général et l'assemblée des maires du Val-de-Marne. L'association des maires est systématiquement invitée à la conférence de territoire du département car les problématiques de santé concernent directement les élus locaux.

« UNE TELLE LOGIQUE DE TUYAU D'ORGUES NUIT À LA COHÉRENCE DE L'ORGANISATION TERRITORIALE DE LA SANTÉ. »

Le Conseil Général s'est interrogé sur la situation de juxtaposition des dispositifs contractuels répondant chacun à leur propre logique interne, modalités de financement et critères. Il m'apparaît qu'une telle logique de tuyau d'orgues nuit à la cohérence de l'organisation territoriale de la santé.

paraît qu'une telle logique de tuyau d'orgues nuit à la cohérence de l'organisation territoriale de la santé.

Le mécanisme de contrat de développement territorial permet d'articuler les politiques de l'Etat et celles des communes. Ma collectivité est fortement impliquée dans cette démarche, qui représente un moyen de corrélérer nos politiques de voirie, d'assainissement ou de transports publics avec les politiques d'aménagement du territoire. Il est essentiel que le monde de la santé rencontre la sphère de l'aménagement. Je constate pourtant que le projet d'Acte III de la décentralisation devrait aboutir à la suppression des contrats de développement territorial.

L'Ile-de-France est la huitième région d'Europe en termes de PIB, mais elle est également l'une des régions présentant les inégalités de santé les plus marquées. Cette situation paradoxale me paraît inacceptable. Je souhaite donc qu'une politique de contractualisation avec les collectivités locales permette à ces dernières de formuler des propositions sur la base d'un état des lieux co-construit.

Je suis moins enthousiaste que Monsieur Briat sur le projet de loi pour la ville et la cohésion urbaine. Je constate notamment que la santé ne fait pas partie des critères permettant d'identifier les territoires prioritaires, alors qu'elle devrait constituer un axe majeur. Le terme de santé n'est mentionné qu'à deux reprises dans le projet de loi.

Jacqueline FONTAINE

La santé n'est pas une compétence obligatoire des régions, mais la plupart d'entre elles se sont engagées dans ce domaine. La région Lorraine fait ainsi en sorte de déployer une politique de santé cohérente axée principalement sur la prévention et l'accès aux soins.

En matière de prévention primaire, nous avons signé des conventions avec les têtes de réseau et nous soutenons des actions de santé portées par des collectivités, des associations ou des CCAS. Nous initiions également des actions de prévention à destination des publics jeunes. Deux appels à projets cofinancés par le Conseil régional et l'ARS ont ainsi été organisés. Le premier s'adresse aux lycées et le second concerne les publics de moins de 25 ans en situation de précarité et de décrochage scolaire ou universitaire. Ces appels à projet doivent favoriser l'insertion citoyenne, sociale et professionnelle des populations visées. Nous avons déjà reçus des réponses de missions locales, de CCAS et de MJC et les thématiques proposées portent notamment sur les conduites addictives, l'hygiène de vie, la sexualité, l'alimentation, le bien-être, l'estime de soi, et l'activité physique.

Concernant l'accès aux soins, la Lorraine a été pionnière dans la création de maisons de santé et en compte soixante à cette date. L'évaluation de cette démarche a été globalement positive. Les professionnels de santé trouvent un intérêt à travailler collectivement et les usagers se déclarent satisfaits car ils se sentent en sécurité dans ces structures. La région Lorraine envisage de doter de maisons de santé les quartiers de ville désertifiés par les médecins. Cette politique pourrait apporter un service aux

familles ne pouvant que difficilement se déplacer vers le centre-ville. La région peut intervenir dans le cahier des charges de ces maisons de santé et fera donc en sorte d'instituer le tiers payant.

Nous avons mis en place un système de bourse bénéficiant aux jeunes médecins acceptant de faire un stage dans des villages isolés. Ce processus a produit des résultats satisfaisants car plusieurs médecins ont choisi de s'implanter dans ces territoires.

La région Lorraine produit un effort particulier de financement de la recherche dans le domaine de la santé. Nous soutenons ainsi un programme permettant de superposer les données de l'ORS et des acteurs environnementaux afin d'orienter les politiques de santé. Un organisme est également chargé de mesurer la radioactivité à proximité de la centrale nucléaire de Cattenom.

De nombreuses autres politiques régionales influent sur les déterminants de santé, telles que les actions en matière de formation, d'emploi, de culture, de mobilité, de soutien à la vie associative ou d'aménagement du territoire. Nous avons ainsi déployé un vaste programme d'aide à la rénovation thermique. Des prêts à taux zéro sont concédés aux populations dans le besoin et le début de leur remboursement est différé d'un an.

Le président de la région Lorraine n'a pas souhaité s'associer à des contrats locaux de santé, estimant que ces actes ne devaient concerner que les villes et les ARS, mais nous participerons aux actions de prévention.

« LA PREMIÈRE RICHESSE D'UN PAYS EST SA POPULATION ET NOTRE DEVOIR EST DE PROTÉGER SA SANTÉ. »

Nous partageons l'interrogation sur l'impact des projets sur la santé de nos concitoyens. Je confirme les propos exprimés ce matin selon lesquels la santé ne doit pas constituer une dépense mais un investissement. La pre-

mière richesse d'un pays est sa population et notre devoir est de protéger sa santé.

Henry METZGER

La ville de Mulhouse a connu un passé industriel florissant avant d'entrer dans une période de graves difficultés économiques. L'ensemble des quartiers prioritaires de Mulhouse se situe au cœur de la ville. La situation sociale est relativement dégradée et les indicateurs sanitaires sont les plus mauvais d'Alsace.

Mulhouse a adhéré au réseau français des Villes santé de l'OMS en 1991 et la politique de la ville a financé en 1995 une formation en santé communautaire pour les acteurs de quartier. Les réseaux Santé de quartier ont été constitués à cette occasion et un poste de coordinateur Santé a été créé en 1998.

Les sept réseaux Santé de quartier sont composés d'habitants menant une réflexion sur la problématique du bien-être. Un coordinateur assure l'animation de ces ateliers et une charte fédère les acteurs. La question des priorités définies par les habitants a été posée ce matin. Je peux donc vous indiquer qu'un groupe a entrepris une réflexion sur la toxicologie et qu'un groupe de paroles sur les relations parents/enfants a été constitué pendant quatre ans. Chaque réseau est autonome, coordonné localement par un professionnel du quartier.

L'atelier Santé ville a constitué notre première tentative de travail en partenariat avec l'Etat. Un diagnostic participatif a permis d'identifier les priorités suivantes :

- La santé et le bien-être des jeunes
- Les actions de prévention, de mobilisation et de participation en direction des jeunes ;
- Les actions en direction des parents d'adolescents et des professionnels de la jeunesse ;
- L'accès aux droits et aux soins des habitants ;
- L'observation de la santé dans les quartiers ;
- Le soutien aux réseaux santé de quartier en difficulté.

Nous avons inscrit l'atelier Santé ville dans la coordination santé afin d'éviter un phénomène de juxtaposition des dispositifs.

Nous avons tenté de constituer un observatoire local dynamique de santé afin d'articuler les enquêtes réalisées auprès des habitants et les données infracommunales. Nous constatons cependant un décalage entre la fourniture des chiffres et la dynamique qualitative. Cet outil reste néanmoins essentiel à notre sens.

« LE CLS EST UN LEVIER POUR RENFORCER LES PARTENARIATS SUR LE TERRITOIRE, ÉTABLIR UN DIAGNOSTIC PARTAGÉ, VALORISER L'EXISTANT ET IMPLIQUER DE NOUVEAUX ACTEURS LOCAUX. »

Le CLS nous est apparu comme un levier pour renforcer les partenariats sur le territoire, établir un diagnostic partagé, valoriser l'existant et impliquer de nouveaux acteurs locaux. L'ARS a souhaité que nous avancions rapidement, mais nous avons

conditionné notre accord à la constitution de groupes de travail réunissant des professionnels du sanitaire et du social et des habitants. Neuf groupes de travail ont été créés afin de traiter des axes du CLS. Leur mission est d'identifier l'existant et les besoins, de définir des priorités à soumettre au comité de pilotage, et de proposer des indicateurs d'évaluation.

Le CLS nous a donné une légitimité plus grande pour solliciter les grandes institutions telles que les hôpitaux. Nous sommes devenus un partenaire reconnu en matière de lutte contre les inégalités sociales de santé.

Il nous apparaît que les points forts de la démarche de concertation et de contractualisation sont les suivants :

- Adhésion des partenaires et implication dans la démarche et la mise en œuvre du contrat, stratégie de transparence et de co-construction ;
- Diagnostic partagé plus complet prenant en compte les réalités de terrain ;

- Propositions riches, innovantes et concertées ;
- Les dynamiques initiées dans le cadre de la construction du contrat perdurent au-delà, pour la mise en œuvre de celui-ci ;
- Élaboration des fiches-actions facilitée ;
- Champ d'intervention élargi ;
- Coordonner les moyens, les synergies ;
- Développer les transversalités internes et externes.

Les points faibles de ces deux démarches sont les suivants :

- Un calendrier contraint (initialement mai à décembre 2011), concertation pas toujours optimale (place des habitants, acteurs non disponibles) ;
- Mobilisation importante de moyens humains : logistique des rencontres, suivi, rédaction des comptes-rendus, synthèse des propositions ;
- Enjeux propres des acteurs, parfois une faible distinction entre les enjeux du territoire et les enjeux particuliers ;
- Réel engagement des signataires du CLS ? Au-delà de l'adhésion formelle ? ;
- Adapter le contrat aux besoins, être souple et réactif ;
- Les transversalités encore fragiles dans la mise en œuvre des politiques ;
- La gouvernance du contrat : lien entre la ville et l'ARS ;
- Mettre en œuvre une observation locale de la santé pertinente.

La démarche de la concertation devrait être améliorée en suivant les axes suivants :

- Une meilleure implication des habitants ;
- Plus de transversalités entre les services municipaux et les services de l'Etat ;
- Un diagnostic initial plus complet ;
- Un calendrier réaliste négocié entre les parties ;
- Du temps de travail dédié aux copilotes pour un suivi de meilleure qualité ;
- Une réflexion plus poussée sur les attentes et modalités d'évaluation.

Eric BRIAT

S'agissant du projet de loi, le critère pour identifier la géographie prioritaire sera un critère unique fondé sur le revenu. Il nous apparaît que cet indice condense les autres facteurs que nous aurions pu prendre en compte. Nous avons à ce titre constaté que les cartographies du taux de chômage, du taux de familles monoparentales et du taux de personnes d'origine étrangère coïncident avec le critère de revenu.

Je tiens à préciser que les ARS sont bien mentionnées dans le projet de loi.

Vous avez évoqué à juste titre une organisation en tuyaux d'orgue. Nous réfléchissons précisément à un allègement du modèle actuel visant à gérer les programmes avec plus de souplesse et à faciliter les expérimentations au niveau local.



SYNTHÈSE DES DÉBATS

Laurent EL GHOZI

Il est délicat de synthétiser l'ensemble des interventions et des débats tant ils ont porté sur des sujets vastes. Nous sommes cependant d'accord sur le fait que la santé est la résultante de toutes les politiques privées et publiques, et qu'elle interroge la gestion globale des collectivités. La santé se gagne ou se perd là où l'on vit et là où les inégalités se creusent.

Les points de convergence portent sur la volonté de sortir du modèle biomédical et de rejeter la responsabilisation individuelle culpabilisante dédouanant les politiques afin d'opter pour un modèle socio-économico-environnementale qui renvoie aux politiques conduites à tous les niveaux. Nous avons entendu les élus locaux refuser que les compétences de santé leur soient transférées. L'absence de représentants de l'AMF et l'ADC interroge et le peu de cohérence des politiques nationales a été signalé. La difficulté à faire fonctionner les deux commissions de coordination des politiques publiques démontre un fonctionnement en tuyau d'orgues.

« LA SANTÉ RESTE UNE AFFAIRE PUBLIQUE, QUI RELÈVE DU CHAMP COLLECTIF ET NON DU CHAMP INDIVIDUEL. »

J'ai relevé l'affirmation unanime selon laquelle la santé reste une affaire publique, qui relève du champ collectif et non du champ individuel. Cette problématique exige cependant d'entendre la parole des usagers citoyens.

animée par :

Laurent EL GHOZI, Président de l'association Elus, santé publique et territoires, président de la commission santé à l'Association des maires d'Ile-de-France, président de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie d'Ile de France.



J'ai relevé un consensus sur le fait que la démocratie ne peut pas exister sans partage de la connaissance. Il faut exiger des ARS les données dont ils disposent. Madame Perrin a ainsi proposé une définition de la gouvernance désignant les autorités locales comme des pilotes de l'action visant à créer une culture partagée.

Nous pouvons mettre en place cette démocratie de proximité dans les villes. Il faut articuler l'ensemble des politiques locales avec les problématiques de santé. On ne peut se satisfaire de bien faire pour 80 % de la population et abandonner les 20 % restants. J'affirme que ce que l'on fait pour tous bénéficie d'abord aux plus favorisés et que ce que l'on fait pour les plus fragiles profite à tous.

La ville doit agir sur l'ensemble des déterminants car la bonne santé est facteur de développement social et économique, de cohésion sociale et de tranquillité publique, et que ces effets sont eux-mêmes vecteurs de bonne santé. Les dépenses de santé constituent un investissement social, et il faudrait a contrario évaluer le coût social global de la dégradation de la santé, comme l'a souligné Madame Le Torrec.

Gérard Salem a évoqué la nécessité d'analyser les enjeux et les logiques parfois divergents des acteurs s'entrecroisant sur ce sujet. Cette situation vient confirmer l'existence d'un modèle en tuyau d'orgue observé par Monsieur Talhouarn.

Les décrets récents imposent aux préfets d'émettre un avis sur l'évaluation d'impact de tous les grands projets d'aménagement. Les collectivités locales seront directement concernées par ce dispositif et tout acteur pourra déclencher une EIS. Il sera donc nécessaire de sensibiliser les agents à cette problématique.

Les ateliers Santé ville ont fait la preuve de leur utilité. Il serait donc regrettable que ce dispositif disparaisse dans les contrats locaux de santé. La politique de la ville ne doit pas oublier que la bonne santé constitue une condi-

« LA POLITIQUE DE LA VILLE NE DOIT PAS OUBLIER QUE LA BONNE SANTÉ CONSTITUE UNE CONDITION INDISPENSABLE DU DÉVELOPPEMENT INDIVIDUEL ET SOCIAL, DE LA RÉUSSITE ÉDUCATIVE ET DE L'INSERTION PROFESSIONNELLE. »

tion indispensable du développement individuel et social, de la réussite éducative et de l'insertion professionnelle.

Le conseil local en santé mentale constitue un excellent modèle de gouvernance territoriale impliquant des professionnels, des usagers et des élus.

Les contrats de développement territorial présentent généralement un faible impact en matière de santé. Nous devons nous interroger sur l'impact des dispositifs sur la santé des habitants et sur les déplacements de population. Madame Richard a souligné à ce titre que l'engagement de certaines villes crée des inégalités dans les villes qui ne s'engagent pas. L'État doit donc rester le garant de l'égalité pour tous et partout. Cette affirmation soulève cependant la problématique de la péréquation financière.

Pour conclure, je reprendrai les propos de Gracieuse Souvay : « c'est pas juste, on y va ». Nous comptons sur vous pour sensibiliser les élus locaux aux enjeux de la santé.



Retrouvez l'intégralité des interventions et
des échanges de cette table ronde

WWW.CNFPT.FR, rubrique **revivre les manifestations**