



## CONCOURS EXTERNE DE CONSERVATEUR TERRITORIAL DE BIBLIOTHEQUES

SESSION 2019

Note de synthèse établie à partir d'un dossier  
comportant des documents en langue française

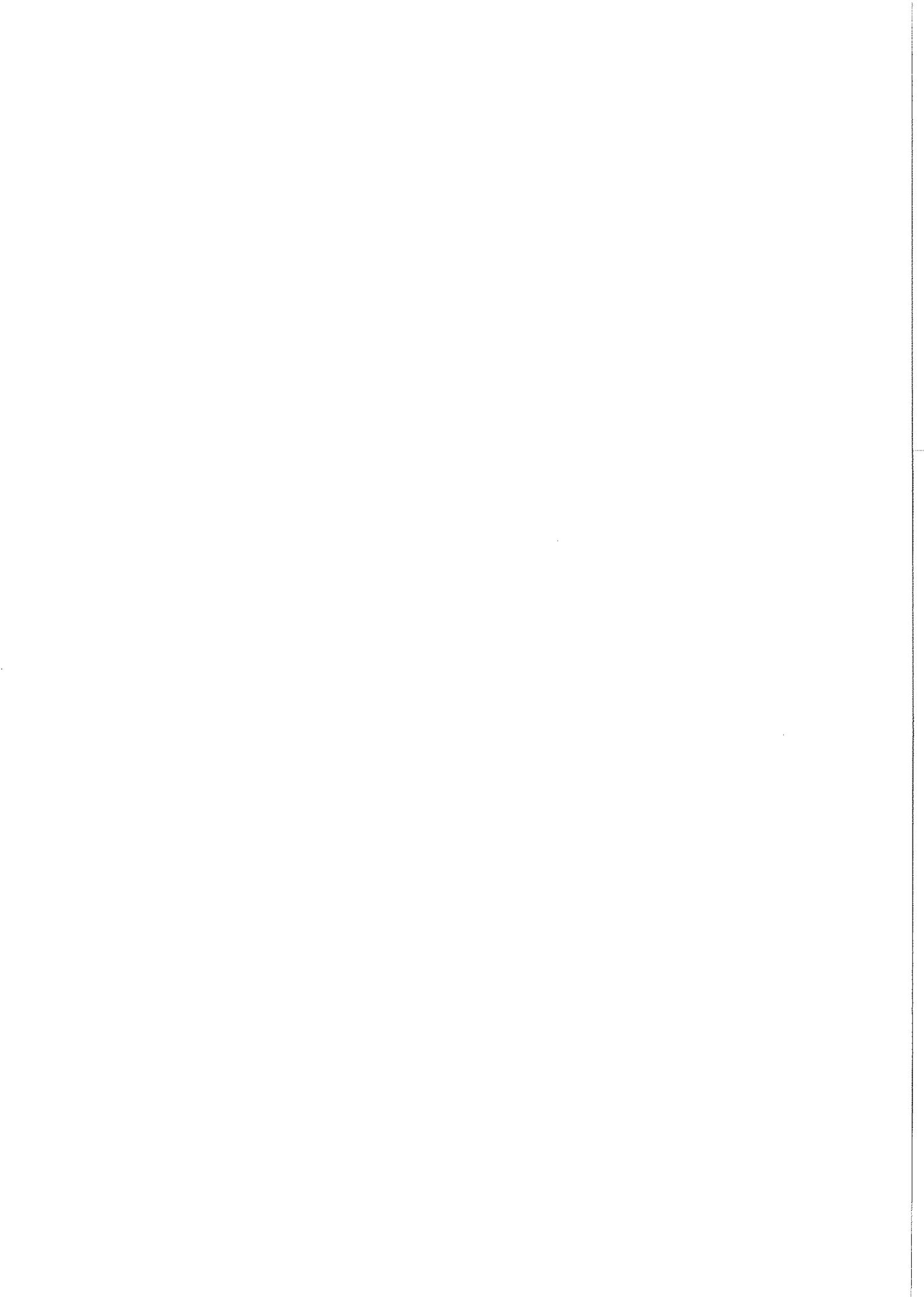
### EPREUVE N° 3

Durée : 4 h  
Coefficient : 3

**SUJET** : Les politiques locales de santé

#### DOCUMENTS JOINTS

Document n° 1	Pierre Villeneuve, <i>La place des collectivités dans la Stratégie nationale de santé</i> , La GazetteSantéSocial.fr, 22 décembre 2017 <a href="http://www.gazette-sante-social.fr/43434/la-place-des-collectivites-dans-la-strategie-nationale-de-sante">http://www.gazette-sante-social.fr/43434/la-place-des-collectivites-dans-la-strategie-nationale-de-sante</a>	Page 3
Document n° 2	<i>La santé au-delà des soins : encore un effort</i> , tribune de François Baudier, Aurélien Beaucamp, Laurent El Ghozi, Anne Guilberteau, Pierre Lombrail, Charlotte Marchandise-Franquet, Jeanine Pommier et Marc Schoene, novembre 2015 <a href="http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/tribune_sante241115.pdf">http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/tribune_sante241115.pdf</a>	Page 5
Document n° 3	Emmanuel Vigneron, <i>Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français</i> , Les tribunes de la santé n°38, Presses de Sciences Po, printemps 2013 <a href="https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2013-1-page-41.htm">https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2013-1-page-41.htm</a>	Page 6
Document n° 4	Jean Deleuze, <i>Santé et territoire, une idée neuve ?</i> , La revue du praticien, février 2018 <a href="http://www.larevuedupraticien.fr/histoire-de-la-medecine/sante-et-territoire-une-idee-neuve">http://www.larevuedupraticien.fr/histoire-de-la-medecine/sante-et-territoire-une-idee-neuve</a>	Page 19
Document n° 5	<i>Urbanisme et aménagement du territoire favorables à la santé</i> , Agence Régionale de Santé Bretagne, 6 août 2018 <a href="https://www.bretagne.ars.sante.fr/index.php/urbanisme-et-amenagement-du-territoire-favorables-la-sante">https://www.bretagne.ars.sante.fr/index.php/urbanisme-et-amenagement-du-territoire-favorables-la-sante</a>	Page 20
Document n° 6	<i>La territorialisation des politiques de santé</i> , Actes de la journée d'études de Fabrique Territoires Santé (extrait), 6 avril 2018, Paris <a href="https://www.fabrique-territoires-sante.org/sites/default/files/paris_acte_2018_-_internet.pdf">https://www.fabrique-territoires-sante.org/sites/default/files/paris_acte_2018_-_internet.pdf</a>	Page 22



Document n° 7	<i>L'ideas Box Prévention Santé, le nouvel appel à projets de La Fondation CNP Assurances</i> , 5 septembre 2018 <a href="http://admical.org/actualit%C3%A9s/ideas-box-prevention-sante-le-nouvel-appel-projets-de-la-fondation-cnp-assurances">http://admical.org/actualit%C3%A9s/ideas-box-prevention-sante-le-nouvel-appel-projets-de-la-fondation-cnp-assurances</a>	Page 34
Document n° 8	Jean-Noël Escudié, <i>Projet territorial de santé mentale : quelle place pour les collectivités</i> , <i>banquedesterritoires.fr</i> , 8 septembre 2017 <a href="https://www.banquedesterritoires.fr/projet-territorial-de-sante-mentale-quelle-place-pour-les-collectivites">https://www.banquedesterritoires.fr/projet-territorial-de-sante-mentale-quelle-place-pour-les-collectivites</a>	Page 35
Document n° 9	<i>Présentation des contrats locaux de santé II de la Ville et de l'Eurométropole de Strasbourg</i> <a href="http://www.bas-rhin.gouv.fr/index.php/content/download/15721/106057/file/Dossier+de+presse+Contrat+Local+de+Sant%C3%A9+II+version+du+04+%E2%80%A6.pdf">http://www.bas-rhin.gouv.fr/index.php/content/download/15721/106057/file/Dossier+de+presse+Contrat+Local+de+Sant%C3%A9+II+version+du+04+%E2%80%A6.pdf</a>	Page 37
Document n° 10	<i>Activité physique, des communes s'engagent, pourquoi pas la vôtre : les différents axes d'intervention</i> , Institut National du Cancer, le 19 décembre 2012 <a href="http://www.des-communes-sengagent.fr/comment-agir/">http://www.des-communes-sengagent.fr/comment-agir/</a>	Page 42
Document n° 11	Emilie Denêtre, <i>Santé : les collectivités ont des idées à faire valoir face à l'impuissance régaliennne</i> , <i>Courrier des maires</i> , le 29 juin 2018 <a href="http://www.courrierdesmaires.fr/76270/les-collectivites-desabusees-face-a-limpuissance-regaliennne/">http://www.courrierdesmaires.fr/76270/les-collectivites-desabusees-face-a-limpuissance-regaliennne/</a>	Page 44
Document n° 12	Hélène Girard, <i>Santé et culture : même combat pour des « services essentiels de proximité »</i> , <i>La gazette des communes</i> , le 22 novembre 2018 <a href="https://www.lagazettedescommunes.com/593111/sante-et-culture-meme-combat-pour-des-services-essentiels-de-proximite/">https://www.lagazettedescommunes.com/593111/sante-et-culture-meme-combat-pour-des-services-essentiels-de-proximite/</a>	Page 46

**NOTA :**

- 2 points seront retirés au total de la note sur 20 si la copie contient plus de 10 fautes d'orthographe ou de syntaxe.
- Les candidats ne doivent porter aucun signe distinctif sur les copies : pas de signature ou nom, grade, même fictifs.
- Les épreuves sont d'une durée limitée. Aucun brouillon ne sera accepté, la gestion du temps faisant partie intégrante des épreuves.
- Lorsque les renvois et annotations en bas d'une page ou à la fin d'un document ne sont pas joints au sujet, c'est qu'ils ne sont pas indispensables.

# DOCUMENT n° 1

En poursuivant votre navigation sur ce site, vous acceptez l'utilisation de cookies pour vous proposer des services et offres adaptés à vos centres d'intérêt. [OK](#) [En savoir plus](#) X

Se connecter

Inscrivez-vous à la newsletter | Suivez-nous sur : [Twitter](#) [Facebook](#)

THÈMES [SANTÉ](#) | [SOCIAL](#) | [LOGEMENT](#) | [ENFANCE](#) | [VIEILLESSE](#) | [HANDICAP](#)

Recherche

## SANTÉ | 22/12/2017 La place des collectivités dans la Stratégie nationale de santé

par Auteur Associé



Pascal Cress

Stratégie nationale de santé, projet de loi de financement de l'assurance maladie 2018, lutte contre la désertification médicale, rapport de la Cour des comptes sur l'avenir de l'assurance maladie (novembre 2017) sont autant d'occasions de réexaminer la place et le rôle des collectivités territoriales dans l'élaboration de la SNS.

Cet article fait partie du dossier:

Loi Santé : une nouvelle vision de notre système de soins

[VOIR LE SOMMAIRE](#)

Par Pierre Villeneuve, professeur affilié EHESP, directeur régional des achats, préfecture de région

Stratégie nationale de santé (SNS), trois mots pour une ambition, celle de transformer le système de santé vers la prévention et la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé.

Selon l'article L. 1411-1 du code de la santé publique (CSP), « la politique de santé relève de la responsabilité de l'État [...], elle vise à assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé et l'amélioration de l'état de santé de chacun au meilleur coût [...] ». Elle est conduite dans le cadre de la SNS par le Gouvernement. La SNS détermine de manière pluriannuelle des domaines d'actions prioritaires et des objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale. Loin d'en constituer l'unique prolongement, la SNS est un élément essentiel de la politique de santé. SNS et élaboration des politiques de santé contribuent implicitement à un primat étatique que n'aurait nullement renié la [loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients \(HPST\) du 21 juillet 2009](#).

### Projet régional de santé

Amploifiant le mouvement de déconcentration organique initiée en 2009 avec la création des agences régionales de santé (ARS), la [loi Santé du 26 janvier 2016](#) confie aux directeurs généraux d'ARS (DGARS) le soin d'élaborer un projet régional de santé composé d'un cadre stratégique déterminant les objectifs généraux et les résultats attendus sur dix ans, d'un schéma régional de santé pour cinq ans ainsi que d'un programme régional relatif à l'accès aux soins pour les personnes les plus démunies ([CSP, art L.1434-2](#)).

Définie pour une durée maximale de dix ans, la SNS précise les domaines d'actions prioritaires et les objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre les conséquences de la maladie, de l'accident et du handicap ([décret du 28 novembre 2016](#)).

Dix-huit mois après l'entrée en vigueur de la loi de modernisation de notre système de santé, le ministre de la Santé et des Solidarités a relancé le chantier de la SNS, le 18 septembre dernier. Cette annonce est concomitante à la présentation de la loi de financement de l'Assurance maladie et, plus encore du pacte territoire santé destiné à renforcer la lutte contre la désertification médicale.

Quatre priorités sont fixées pour la SNS 2017-2022 :

- prévention et promotion de la santé tout au long de la vie et de tous les milieux ;
- lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé ;
- nécessité d'augmenter la pertinence et la qualité des soins ;
- développer l'innovation en santé (télé-médecine, télé-expertise).

L'examen des compétences ou plus exactement de la place des collectivités territoriales dans le champ de la santé oblige de dépasser le cadre stratégique et étatique des politiques de santé et, d'autre part, de voir dans les collectivités territoriales, un rôle contributif indirect aux politiques nationales de santé.

Différents éléments sont en effet susceptibles d'infléchir l'approche standardisée du projet régional de santé, outil de pilotage de l'offre de soins pour les ARS.

### Spécificités territoriales

En premier lieu, les spécificités territoriales sont susceptibles d'être prises en compte dans l'organisation des soins. Aux termes de l'article 98 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, les ARS veillent à ce que l'accès aux soins, notamment dans les établissements de santé, soit garanti dans des délais raisonnables quelles que soient les caractéristiques géographiques, climatiques et saisonnières du territoire.

Sans se distraire de l'unité territoriale recherchée par cette stratégie, les ARS peuvent prendre en compte les spécificités des territoires afin d'adapter l'organisation des soins. Aux termes de l'article 18 de la loi du 26 décembre 2016 dite loi Montagne 2, le schéma régional de santé, élément central du PRS, peut comporter « un volet consacré aux besoins de santé spécifiques des populations des zones de montagne, notamment en termes d'accès aux soins urgents et d'évacuation des blessés en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de ces territoires ».

Il en est de même pour l'Outre-mer. Afin de compenser les inégalités territoriales d'accès aux soins, la politique nationale de santé est adaptée et vise notamment à soutenir l'attractivité de l'exercice médical et paramédical dans les établissements publics de santé et à développer de nouveaux modes d'exercice professionnel afin d'améliorer les conditions d'accès aux soins <sup>(1)</sup>.

## Territoires de démocratie sanitaire

---

En second lieu, afin que les PRS dans leur nouvelle version soient effectifs au 1er janvier 2018, le DGARS délimite <sup>(1)</sup> au sein de la région, les territoires de démocratie sanitaire afin « de permettre une mise en cohérence des projets de l'ARS, des professionnels et des collectivités territoriales ». Les conseils territoriaux de santé remplacent les anciennes conférences de territoires et seront chargés notamment de deux missions principales. En premier lieu, ils veillent à conserver la spécificité des dispositifs et des démarches locales de santé fondées sur la participation des habitants. En second lieu, ils contribuent à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet régional de santé. La composition est fixée par arrêté et varie de 34 à 50 membres répartis en quatre collèges.

## Lutte contre la désertification médicale

---

En troisième lieu, la lutte contre la désertification médicale suscitera une attention particulière des collectivités territoriales. Le renforcement de l'accès territorial des soins, présenté le 13 octobre dernier, devrait conduire à une meilleure articulation entre les ARS, les professionnels de santé, les collectivités territoriales afin de garantir un égal accès aux soins dans les territoires. Chargées de concevoir une nouvelle géographie des zones prioritaires, les ARS sont invitées à collaborer en la matière avec les professionnels de santé comme avec les collectivités de proximité.

In fine, plusieurs dispositions du projet de loi de financement de l'assurance maladie relieront aussi l'attention des collectivités territoriales qu'il s'agisse de la fusion entre la Haute Autorité de santé (HAS) et l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm), en charge de l'évaluation externe des établissements et services médico-sociaux ou de la transférabilité des crédits des ARS et du financement expérimental d'établissements de soins regroupant des structures publiques comme privées, sanitaires comme médico-sociales.

Au-delà du primat étatique de la SNS et des politiques de santé, les collectivités territoriales sont invitées à (re)fonder leurs interventions et expertises :

- sur les déterminants de santé ;
- sur l'installation des professionnels de santé ;
- sur les actions de prévention et d'éducation thérapeutique.

Autant d'éléments qui, s'ils ne sont pas partie intégrante de la SNS, en conditionnent très largement sa réussite.

### Élaboration de la SNS 2017-2022

La SNS est construite en quatre étapes :

- phase 1, été 2017 : phase de diagnostic avec la remise par le HCSP d'un rapport sur l'état de santé de la population et de ses déterminants de santé ;
- phase 2, septembre 2017 : définition des quatre priorités de la SNS et lancement de la consultation publique ;
- phase 3, septembre 2017-25 novembre 2017 : consultation publique ;
- phase 4, décembre 2017 : réunion du Comité interministériel de santé et adoption de la SNS 2017-2022.

Note (01)

Loi n° 2017-256 du 28 février 2017, art. 35 et 36, JO du 1<sup>er</sup> mars. - Retourner au texte

Note (02)

Code de la santé publique, art. R.1434-29. - Retourner au texte

---

### THÈME ABORDÉ

Santé publique

propositions faites. Aujourd'hui, nous ignorons encore ce qu'elles sont devenues... En fin de compte, nous sommes déçus par la place finalement réservée à ces « *leviers majeurs* » que sont la promotion de la santé et la prévention dans le projet de loi santé.

Certes, la lecture attentive d'un texte touffu nous y a fait retrouver ici une définition de la promotion de la santé, là une promesse de meilleure prise en compte de ses acteurs par les Agences régionales de santé, ailleurs des éléments de prévention collective. Cependant, ce texte est loin d'offrir un cadre encourageant l'adoption de politiques favorables à la santé, quel que soit le secteur (revenus, fiscalité, emploi, éducation, urbanisme, logement...) et quel que soit le niveau (national, régional, local...). Il ne permet pas de donner un cadre facilitant résolument la création d'environnements, de conditions de vie et de travail favorables à la santé, notamment en renforçant la place des collectivités territoriales dans la gouvernance territoriale.

Enfin, ce projet de loi est loin de donner la possibilité aux personnes et aux groupes de participer aux décisions concernant une santé plus collective, favorisant ainsi les démarches ascendantes dont nous connaissons pourtant l'efficacité. De telles approches de promotion de la santé en proximité et en co-construction avec les habitants, les salariés, les élèves et leurs parents sont déjà actuellement à l'œuvre dans beaucoup de villes, d'écoles, d'entreprises et d'autres communautés de vie. Des plateformes de ressources existent en région pour accompagner celles ou ceux qui souhaitent s'y engager. Dans certains pays, ces dynamiques constituent la première ligne, clairement affichée, d'une politique de santé et de bien-être. Chez nous, elles ne sont pas suffisamment connues ni valorisées. De plus, la participation du citoyen dans les choix et les actions relatives à sa santé, son bien-être et sa qualité de vie aurait besoin d'être développée, de façon plus large que la seule place qui lui est concédée au titre d'usager du système de soins dans les hôpitaux ou les établissements médico-sociaux.

## UNE PROPOSITION OUVERTE

Au-delà d'une politique d'accès aux soins renforcée, nous appelons de nos vœux une véritable stratégie nationale de santé et des Etats Généraux de la Santé, avant les élections présidentielles. Des débats publics, sur le thème des inégalités face à la santé et au bien-être, organisés dans chaque commune, département, région et au niveau national, pourraient faire une large place à la promotion de la santé et à la prévention. Ils devraient accorder une part fondamentale et fondatrice à l'expression citoyenne, ainsi qu'à celle des acteurs de terrain, des élus et responsables des administrations et des experts, en particulier ceux qui sont impliqués dans la production et la diffusion de connaissances scientifiques en promotion de la santé.

En tant qu'associations œuvrant dans les domaines de la promotion de la santé, de la santé publique, de l'éducation pour la santé, de la santé communautaire, de la prévention des conduites à risque, de la santé sexuelle et des politiques territoriales de santé, nous sommes prêts à prendre une part active à l'organisation de tels débats publics. Nous souhaitons le faire avec la Confédération nationale et les Conférences régionales de la santé et de l'autonomie, les Agences régionales de santé ainsi qu'avec la nouvelle Agence nationale de santé publique et l'Ecole des hautes études en santé publique.

## Pour les associations, leurs président(e)s :

- François Baudier, Fédération Nationale d'Education et de Promotion de la Santé
- Aurélien Beaucamp, AIDES
- Laurent El Ghazi, Elus Santé Publique et Territoires
- Anne Guilberteau, Plateforme Nationale de ressources des ateliers santé ville
- Pierre Lombrai, Société Française de Santé Publique
- Charlotte Marchandise-Franquet, Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS
- Jeanine Pommier, Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé
- Marc Schoene, Institut Renaudot

Logos of various French health and social organizations including AIDES, fnes, and others.

## LA SANTE AU-DELA DES SOINS : ENCORE UN EFFORT !

Depuis plus de trente ans nous constatons que la santé, dans notre pays, est caractérisée par l'opposition entre une espérance de vie plutôt bonne après 65 ans et, paradoxalement, un niveau élevé de mortalité « prématurée » (avant 65 ans), dite « évitable ». Cette mortalité prématurée est de plus accompagnée d'inégalités sociales plus importantes que dans d'autres pays d'Europe. Au cours de ces mêmes décennies, il a été démontré que la prévention durable de ces décès et incapacités était essentiellement liée aux évolutions des conditions de vie, de travail et des comportements, ce que nous appelons les déterminants de la santé.

## DES CONSTATS ET DES PERSPECTIVES

Ces conditions de vie sont influencées principalement par nos politiques, telles que l'éducation, l'urbanisme, les transports, alors que le secteur de la santé s'attache surtout aujourd'hui à la maladie et aux soins. Notre constat, appuyé sur l'ensemble de la recherche en santé publique, est donc qu'il faut, au-delà de l'accès aux soins faire évoluer le contexte social, politique, économique, et les conditions de vie des personnes, dans un sens plus favorable à leur santé. Faute de quoi, nous continuerions à soigner des personnes pour les rendre ensuite à un environnement favorisant leur maladie. Par ailleurs, le rapport coût-bénéfice de ces stratégies de promotion de la santé en fait un investissement avantageux, alors même que les dépenses de soins augmentent considérablement.

Faire évoluer ce contexte, c'est donc concevoir de nouveaux environnements matériels et sociaux. Non seulement, il doit éviter de mettre la santé des habitants en danger en les exposant à des risques, mais plus encore faciliter l'adoption et le maintien de comportements favorables à leur santé. C'est aussi conférer aux personnes concernées (habitants, élus, responsables d'établissements, militants associatifs...) un réel « pouvoir d'agir » sur les facteurs ayant un impact sur leur santé et celle de leurs proches.

Profondément concernés par l'évolution de la politique de promotion de la santé et de prévention dans notre pays, nous nous étions réjouis de l'intention affichée dans la feuille de route pour la Stratégie Nationale de Santé de « *Prioriser la prévention sur le curatif et agir sur les déterminants de santé* ». Nous en partageons sans réserve l'analyse : « *Notre système de santé doit donner toute sa place à la prévention et à la promotion de la santé, outil négligé depuis des décennies, levier majeur de réduction de la mortalité et de la morbidité évitables, ainsi qu'à la prise en compte des déterminants de santé qui agissent en amont sur l'évolution de notre état de santé.* ».

## UNE OCCASION MANQUEE ?

Trente chantiers ont été ouverts pour bâtir cette Stratégie. Nous nous sommes investis activement dans les groupes de travail mobilisés à cette occasion. Nous avons partagé les nombreuses

## LA SANTÉ DANS SES AUTRES ÉTATS Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français

Emmanuel Vigneron

Au cours de l'histoire, l'approche territoriale des questions de santé a occupé une place importante. Souvent conduite par les médecins eux-mêmes sous la forme d'observations, cette approche s'est progressivement effacée au cours du XX<sup>e</sup> siècle en raison du progrès clinique et en dépit de la poursuite de travaux de recherche. Pourtant, les inégalités territoriales de santé se sont maintenues et récemment approfondies en relation avec la crise sociale et économique. Cette situation est d'autant plus sensible en France que l'égalité de traitement est la règle sur laquelle repose l'organisation du système de santé. La distance est un facteur important de renoncement aux soins. La concentration de la population dans les grandes aires urbaines et péri-urbaines implique d'apporter des solutions à la prise en charge de ceux qui en demeurent éloignés, géographiquement ou socialement. Le système de santé a pour justification d'aider ainsi la médecine à mieux s'exercer au profit de tous, et d'abord de ceux qui en ont le plus besoin.

*1. E. Vigneron, Les inégalités de santé dans les territoires français, État des lieux et voies de progrès, Elsevier Masson, 2011.*

L'approche géographique des questions de santé<sup>1</sup> a permis de montrer que les inégalités territoriales de santé sont importantes en France. Leur approche historique permet d'en mesurer l'évolution et les tendances. Les réalités simples et concrètes qui se révèlent à celui qui veut bien observer les faits permettent d'exprimer trois assertions :

1) les inégalités territoriales de santé demeurent trop marquées pour satisfaire l'idéal républicain d'égalité qui gouverne notre système de santé,

2. V. Lucas, F. Tonnellier, E. Vigneron, *Une typologie des paysages socio-sanitaires en France*, Credes, 1998.
3. F. Tonnellier, E. Vigneron, *Géographie de la santé en France*, PUF, coll. Que sais-je ? 1999.
4. G. Salem, S. Rican, E. Jougl, *Atlas de la santé en France*, t. 1 *La mortalité*, t. 2 *Morbidité et maladies*, John Libbey Eurotext, 1999.
5. J. de Kervasdoué, H. Picheral (dir.), *Santé et territoire, Carnet de santé de la France 2004*, Dunod, 2004.
6. A. Trugeon, N. Thomas, F. Michelot, B. Lémery, *Inégalités socio-sanitaires en France, De la région au canton*, Elsevier Masson, 2<sup>e</sup> éd., 2011.
7. E. Vigneron, S. Haas, « Solidarités et territoires », in : *Atlas santé autonomie*, Fepap/Le Moniteur, 2010, p. 24-32.
8. P. Surault, *L'inégalité devant la mort, analyse socio-économique de ses déterminants*, Economica, 1979.
9. J. Lebas, P. Chauvin (dir.), *Précarité et santé*, Flammarion, 1998.
10. A. Leclerc et al., *Les inégalités sociales de santé*, Inserm/La Découverte et Syros, 2000.
11. D. Fassin, *Inégalités et santé*, La Documentation française, Problèmes politiques et sociaux, n° 960, mai 2009.
12. P. Aïach,

2) elles se sont longtemps réduites mais elles se creusent depuis une dizaine d'années et contribuent ainsi à accuser ce que l'on a désigné par ailleurs sous l'expression de « fracture territoriale »,

3) elles offrent une nouvelle configuration : ces inégalités ne se limitent plus à la classique opposition France du Nord/France méridionale mais se retrouvent à toutes les échelles géographiques selon un dispositif général centre/périphérie.

Plusieurs études descriptives de ces inégalités ont été publiées<sup>2-7</sup>. Il existe également de profondes inégalités sociales de santé qui ont été largement décrites<sup>8-12</sup>. Même si les unes et les autres se recouvrent en partie du fait de la distribution spatiale des classes sociales, les inégalités territoriales de santé ne sont pas réductibles aux inégalités sociales car s'y ajoute l'effet de la distance, géographique comme dans les zones rurales ou sociale comme dans les banlieues des grandes villes<sup>13</sup> ; l'organisation du système de soins et de santé doit permettre d'y apporter les correctifs nécessaires par ce qui relève en propre d'un aménagement sanitaire du territoire<sup>14, 15</sup>.

Les travaux des géographes de la santé tirent leur source d'une histoire médicale ancienne que les progrès fulgurants de l'art médical au XX<sup>e</sup> siècle ont cependant quelque peu négligée. Les crises et les mutations des territoires justifient un intérêt soutenu pour une telle approche dont le but est d'assurer à chacun, où qu'il se trouve, l'accès à une prévention et à des soins de qualité.

#### DES INÉGALITÉS D'ÉTAT DE SANTÉ MARQUÉES

L'exemple pris sera celui de la mortalité prématurée, c'est-à-dire de la mortalité avant 65 ans. Les raisons du choix de cet exemple sont évidemment nombreuses : c'est un indicateur internationalement reconnu pour lequel on dispose de séries longues et qui n'est pas difficile à calculer ; il est par ailleurs sensible à la qualité du système de soins et de santé ou à des comportements que l'on peut prévenir ; par rapport aux taux de mortalité ou de morbidité incluant les âges supérieurs à 65 ans, il minimise en outre le biais introduit par les mouvements migratoires internes à un pays, puisqu'il élimine la part devenue si importante de ce biais que représentent les migrations de retraite.

Avec un taux comparatif de mortalité prématurée de 200 pour 100 000, contre 180 en moyenne en Europe occidentale, la France demeure, aujourd'hui (2006) comme hier (années 1980), très mal placée en termes de mortalité survenant avant 65 ans. Celle-ci concerne surtout les hommes : parmi ceux qui sont décédés en 2009, 27 % sont morts avant 65 ans contre 13 % pour les femmes. Cela a concerné 107 000 personnes en 2009, soit

*Les inégalités de santé*, Economica, Anthropos, 2010.

13. E. Vigneron, *Distance et santé, La question de la proximité des soins*, PUF, 2001.

14. E. Vigneron (dir.), *Pour une approche territoriale de la santé*, Datar/Aube, coll. Bibliothèque des territoires, 2003.

15. E. Vigneron (dir.), *Santé et territoires : une nouvelle donne*, Datar/Aube, coll. Bibliothèque des territoires, 2003.

20 % des décès, et plus de 176 000 si l'on considère qu'il n'est pas « normal » de mourir avant 75 ans. Imagine-t-on que, compte tenu de l'espérance de vie à 65 ans observée aujourd'hui, cela représente 3,6 millions d'années potentielles de vie perdues ?

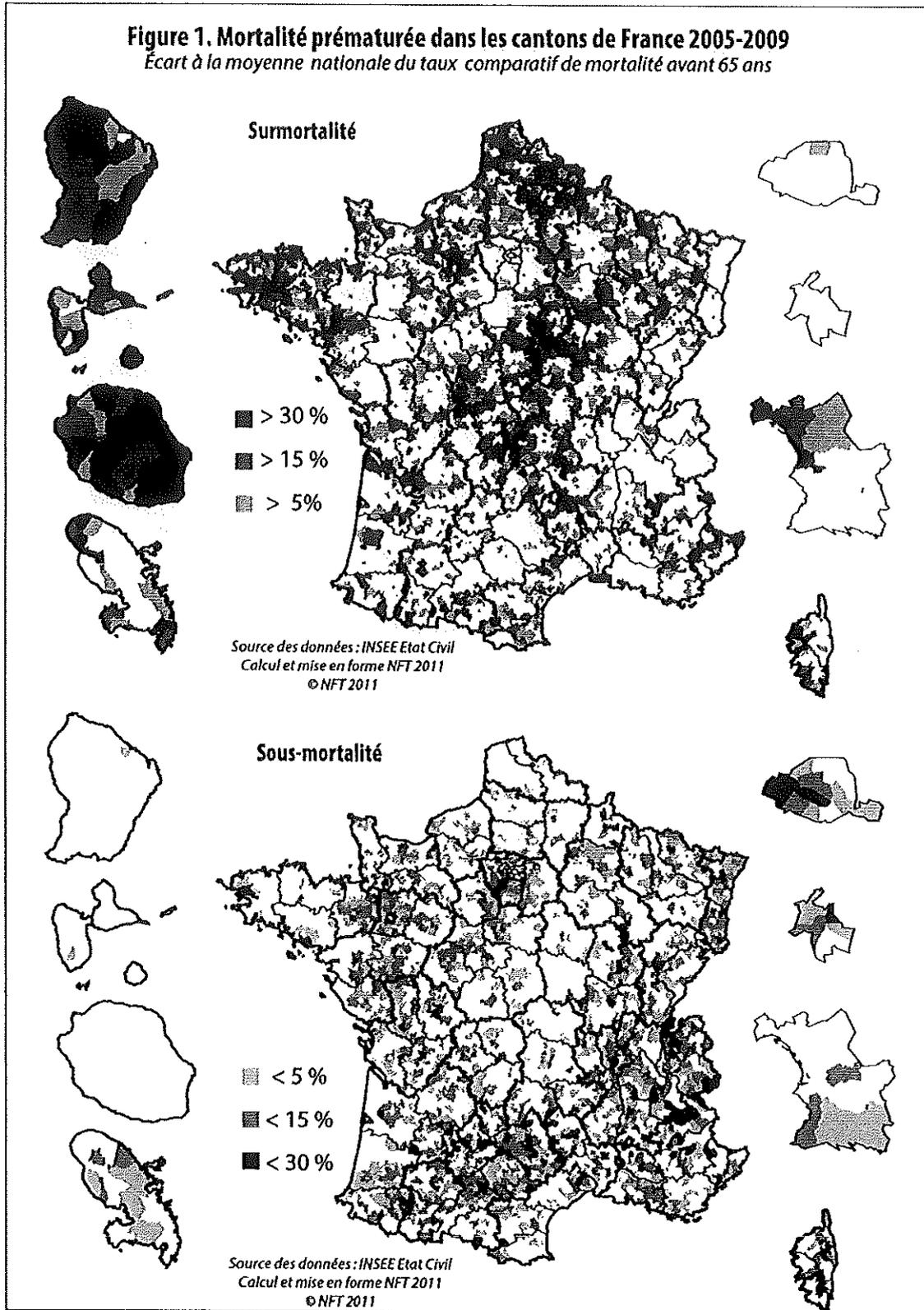
La figure 1 permet d'opposer les cantons en situation de surmortalité par rapport à la moyenne nationale à ceux en situation de sous-mortalité. On retrouve une disposition d'ensemble décrite depuis les années 1970 avec une zone de surmortalité dessinant un croissant dans la partie septentrionale du pays, de la Bretagne à la Lorraine et très marqué dans le Nord. Cette zone se prolonge de l'Argonne au sud du Massif central en passant par le Morvan. À l'inverse, la sous-mortalité est affirmée en Île-de-France, dans le Centre-Ouest et dans l'ensemble oriental et méridional du pays, de l'Alsace à l'Aquitaine en passant par Rhône-Alpes et les régions méditerranéennes, avec un maximum en Midi-Pyrénées et une situation moins assurée en Languedoc-Roussillon ou dans la Provence intérieure. Au total, le risque de décéder une année donnée, à âge et sexe égaux, varie grandement, le rapport interdécile à l'échelle des cantons étant de 2,7 pour les hommes et de 3 pour les femmes.

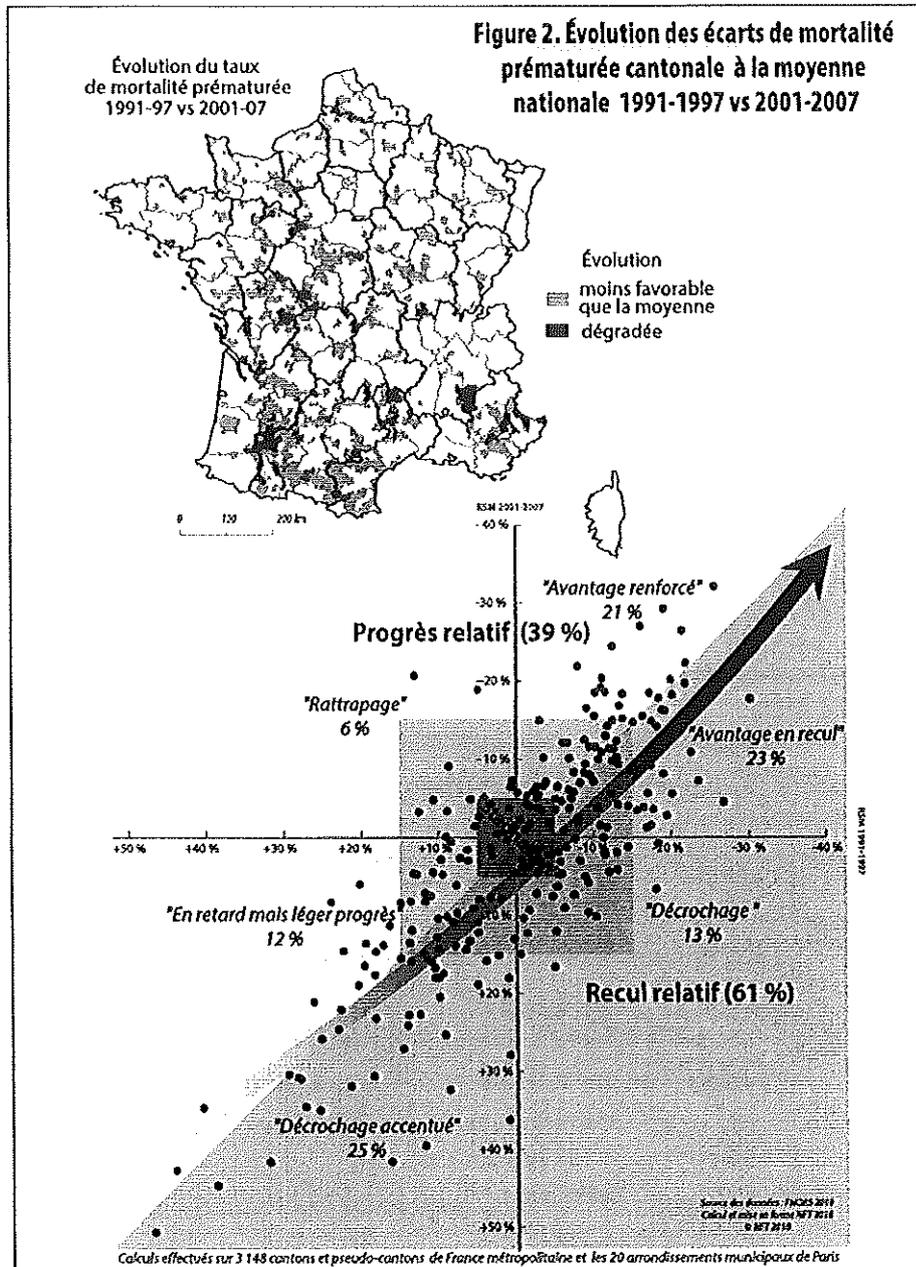
Au-delà de cette disposition d'ensemble, classiquement reconnue, on note que la disposition des zones de surmortalité correspond souvent, à l'échelle régionale, aux départements les plus éloignés du département siège de la métropole régionale. Ainsi par exemple de la Nièvre au regard de la Côte-d'Or, de l'Ariège vis-à-vis de la Haute-Garonne ou encore du Finistère par rapport à l'Île-et-Vilaine. À l'échelle infra-départementale, la surmortalité se cantonne souvent dans les périphéries des départements et l'on remarque une disposition en auréoles tout à fait spectaculaire. Ceci est, par exemple, très visible dans la Sarthe, le Loir-et-Cher, la Vienne ou encore dans l'Hérault et dans l'Aude ainsi que dans l'Allier ou le Puy-de-Dôme. On note enfin, à l'échelle des grandes métropoles, une opposition entre sud et nord comme à Lyon et à Marseille ou entre nord-est et sud-ouest comme à Paris et en région parisienne.

#### LES INÉGALITÉS DE SANTÉ SE CREUSENT

La carte précédente de la mortalité prématurée dans la deuxième moitié de la décennie 2000 peut être mise en perspective avec des données plus anciennes (figure 2). Entre les deux périodes 1991-1997 et 2001-2007, le taux comparatif de mortalité prématurée est passé de 2,66 ‰ à 2,15 ‰, soit une baisse de 19 %, supérieure à celle de 16 % enregistrée par la mortalité à tous âges. Les gains ont tout particulièrement concerné la population d'enfants et de jeunes adultes. Pour certains, ces évolutions favorables signent

**Figure 1. Mortalité prématurée dans les cantons de France 2005-2009**  
Écart à la moyenne nationale du taux comparatif de mortalité avant 65 ans





16. P. Peretti-Watel, J.-P. Moatti, *Le principe de prévention, le culte de la santé et ses dérives*, Le Seuil, coll. La République des idées, 2010.

l'effet positif de diverses politiques publiques et confirment la valeur informative de cet indicateur très sensible aux actions entreprises comme les campagnes relatives aux facteurs de risques : couchage des nourrissons, conduite automobile, accidents domestiques, tabac, alcool, alimentation... mais elles n'empêchent pas le creusement des inégalités sociales et territoriales<sup>16</sup>.

Pourtant, derrière ces progrès d'ensemble, on relève une dégradation des écarts à la moyenne. Les zones de forte mortalité prématurée s'enracinent

en s'accusant dans leurs bastions traditionnels : la Bretagne, la Haute-Normandie, la Picardie, le Nord, la Lorraine et dans la « diagonale du vide », des Ardennes au Cantal. Mais la situation se dégrade aussi dans des régions et des départements jusqu'alors épargnés, comme l'Ouest intérieur, le piémont pyrénéen et, de façon spectaculaire, le Midi méditerranéen et la Corse.

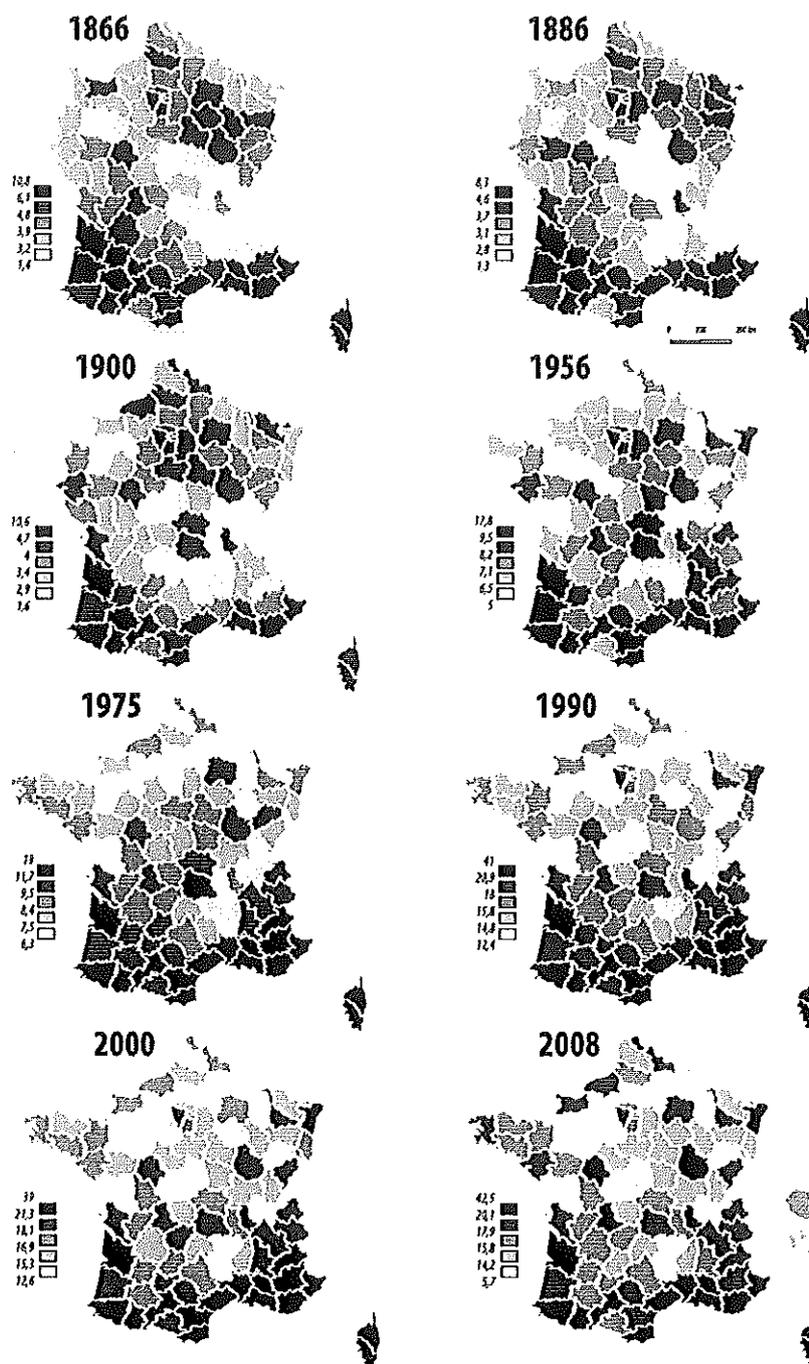
D'une période à l'autre, malgré la baisse générale, 94 cantons sur 3 168 ont vu leur taux de mortalité prématurée augmenter et 1 897 ont connu une évolution moins favorable que la moyenne : au total, plus de 60 % des cantons, regroupant par ailleurs plus de la moitié de la population métropolitaine, ont ainsi connu une évolution moins favorable que la moyenne du pays. Pour beaucoup, ces cantons sont situés dans des zones rurales considérées jusque-là comme en situation la plus favorable, dans le Sud-Ouest. Ils sont aussi concentrés, de façon caractéristique, dans les arrière-pays, aux limites départementales ou régionales. Ceci pose clairement la question de la ségrégation socio-spatiale et de l'apparition de véritables zones de relégation, en même temps que cela doit interpeller les acteurs sur l'accès à la santé des habitants de ces zones et sur un effort tout particulier à accomplir en leur faveur.

#### **DES INÉGALITÉS D'OFFRE DE SANTÉ TRÈS FORTES : DÉSERTS MÉDICAUX ET CONCENTRATION DES ÉQUIPEMENTS**

D'un point de vue territorial, les inégalités de la répartition des professionnels de santé sont également très marquées. La situation devient préoccupante dans de nombreux territoires, fréquemment ruraux, ou dans les banlieues défavorisées des grandes métropoles. Ces situations ne concernent plus seulement quelques cantons isolés mais bien des départements entiers, voire des régions entières. Une large part de la Lorraine, le sud de Champagne-Ardennes, l'Oise et l'Aisne, ainsi que la baie de Somme en Picardie, la Haute-Normandie, mais aussi une large part de la région Centre ou de la Bourgogne, sans compter le nord des Pays-de-la-Loire, avec la Mayenne et la Sarthe. Le Poitou-Charentes, avec le nord des Deux-Sèvres ou la Charente intérieure, le Limousin avec la Creuse, l'Aquitaine avec la Dordogne et le Lot-et-Garonne, le Languedoc-Roussillon avec la Lozère, Rhône-Alpes avec l'Ain ou la Franche-Comté avec le Jura... sans compter le Nord-Pas-de-Calais ou la Corse avec la Haute-Corse, il n'est plus de région qui ne soit concernée, y compris outre-mer avec la Guyane et la Martinique ou même au cœur du pays avec la Seine-et-Marne aux portes de Paris.

La série de cartes sur la répartition des médecins depuis le XIX<sup>e</sup> siècle (figure 3) indique clairement que le déséquilibre de la répartition des médecins a au moins un siècle et demi d'existence. Au cours de cette longue

Figure 3. Évolution ou stabilité des densités départementales de médecins libéraux depuis le milieu du XIX<sup>e</sup> siècle ?



Sources : 1866, 1886, 1900, Guiffet, 1900  
1956, Loujier et Riéck, 1997, (cités par F. Bourbeau, 1992)  
1975, 2000 et 2008, Assurance-Médecine (cités par La Santé.fr)

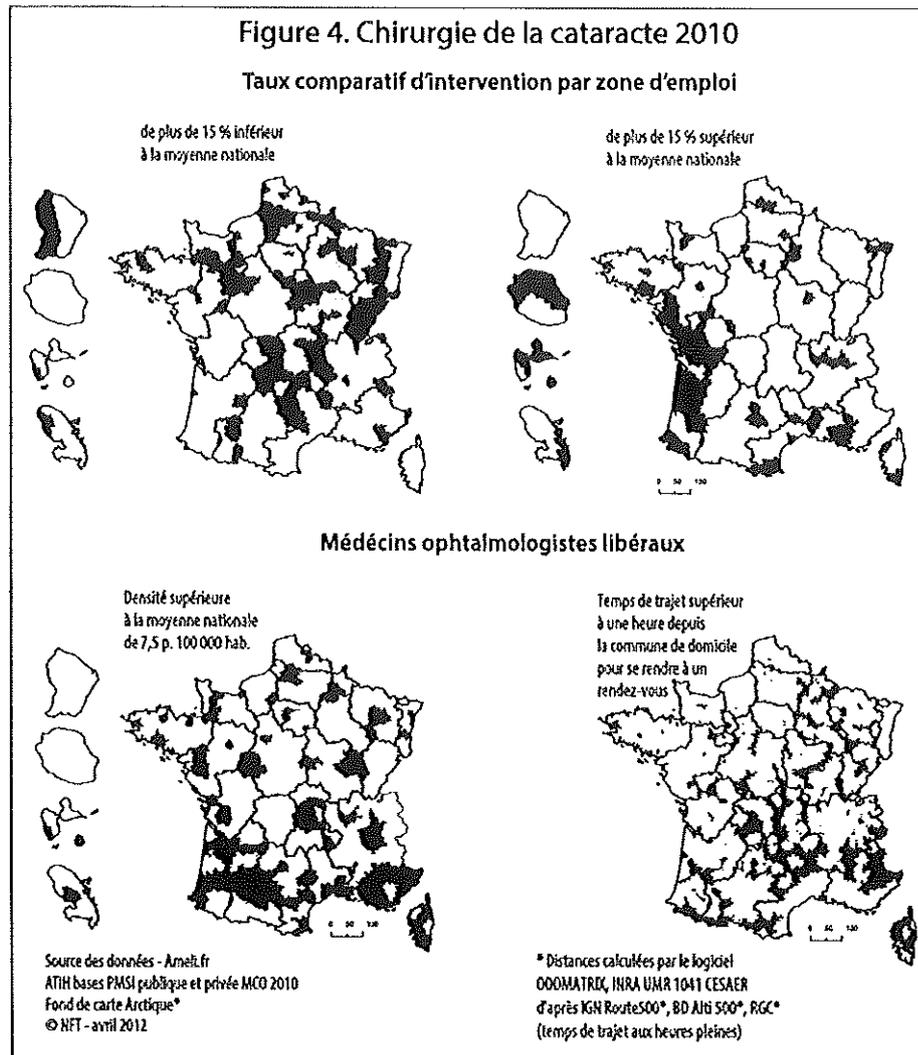
densités pour 10 000 habitants  
discretisation par quintiles

Fond de carte : © Artique  
Recherche, conception et traitement © NFI - 2010

période, les positions économiques respectives des territoires ont beaucoup évolué et se sont même parfois totalement inversées, notamment sous l'effet des mutations industrielles. Mais le Midi, de la Gironde aux Alpes-Maritimes, loin par ailleurs d'appartenir à la France industrielle classique a, pour sa part, conservé sa position. Si on observe plus en détail ces cartes, on constate que les départements les mieux placés sont, pour l'essentiel et surtout à partir du milieu du XX<sup>e</sup> siècle, des départements sièges de facultés de médecine. Malgré la multiplication de ces dernières, la position du Midi ne faiblit pas. L'instauration du *numerus clausus* a permis de réduire les disparités régionales qui sont aujourd'hui moins importantes que par le passé. Pourtant ce rééquilibrage, outre qu'il n'a pas effacé les grands déséquilibres nord-sud et est-ouest, est resté limité aux départements (et dans les faits aux aires urbaines) des villes sièges de facultés de médecine alors qu'il avait une visée de rééquilibrage régional. Ce phénomène de métropolisation de l'offre de santé ne concerne pas seulement les médecins mais aussi les équipements hospitaliers.

#### **LA DISTANCE D'ACCÈS AUX SOINS EST BIEN UN FACTEUR D'INÉGALITÉ DE SANTÉ**

La confrontation des cartes précédentes, encore qu'elle ne marque pas de relation systématique qui entraînerait une explication simple, suggère néanmoins que la distance aux soins n'est pas sans relation avec l'état de santé. Nous en jugerons ici au travers de la chirurgie de la cataracte (figure 4). C'est une intervention fréquente avec 650 000 occurrences en 2010, fort bien codifiée et tout à fait bénéfique aux patients, conduisant à une amélioration certaine de l'état de santé. Il n'y a donc pas de raison pour que ceux qui sont loin des lieux d'intervention n'en bénéficient pas, d'autant qu'une vue satisfaisante est une condition du maintien à domicile des personnes âgées et que, justement, les territoires les plus vieillissants sont aussi souvent les plus isolés. La chirurgie de la cataracte constitue en outre l'archétype de l'intervention vis-à-vis de laquelle la distance paraît *a priori* secondaire pour le patient. D'autre part, suite à diverses études précédemment conduites, la situation décrite peut être replacée dans une longue durée, ce qui assure aux interprétations que l'on peut en faire une certaine solidité. Enfin, en France, plus de 80 % des interventions sur le cristallin concernent des personnes âgées de 60 à 84 ans : les variations éventuelles de consommation n'ont donc pas ou peu de justification épidémiologique – les effets du vieillissement étant ici contrôlés – et peuvent être mises plus aisément en relation avec l'offre de soins et son organisation.



17. E. Vigneron, « Cataracte », *Revue hospitalière de France*, novembre 2009.

Les données rétrospectives<sup>17</sup> montrent que la chirurgie de la cataracte, concentrée dans les années 1990 et 2000, l'est restée aujourd'hui. Tout se passe comme si la diffusion de cette pratique nouvelle dans les années 1990 s'était arrêtée au cours de la décennie, se renforçant dans ses bastions initiaux sans parvenir à toucher les habitants des territoires éloignés. La chirurgie de la cataracte est concentrée sur les littoraux atlantique et méditerranéen ainsi que dans les aires métropolitaines et autour de certains centres plus secondaires. À l'inverse, de larges pans du territoire ne sont pas couverts : en Normandie, dans les Ardennes, en Lorraine, dans le Morvan et le Massif central. Outre ces clivages nationaux, le contraste local entre zones urbaines et péri-urbaines d'un côté et zones rurales de l'autre est très visible, notamment dans les régions riveraines de l'Atlantique et de la Méditerranée alors

Tableau 1.

Temps d'accès	Indice comparatif de chirurgie de la cataracte		
	Hommes	Femmes	Ensemble
Secteurs postaux du PMSI			
inférieur à 30 min	102	104	103
de 30 à 60 min	94	98	96
de 60 à 90 min	83	86	85
supérieur à 90 min	79	78	79
Zones d'emploi			
inférieur ou égal à 20 min	120	116	117
de 20 à 30 min	98	99	98
supérieur à 30 min	95	96	95

même que les effets liés à l'âge sont, rappelons-le, pris en compte sur cette carte.

Ces cartes voisinent avec celles de la répartition des ophtalmologues libéraux, à l'origine de l'essentiel des indications chirurgicales. La concentration de ces derniers a pour corollaire un éloignement important d'une partie de la population, avec des temps d'accès susceptibles de décourager le recours à cette spécialité médicale. Aujourd'hui, plus de 2,3 millions d'habitants sont à plus d'une heure aller-retour de l'ophtalmologiste le plus proche. De la relation statistique entre ces deux séries de données nous pouvons établir que le niveau de recours à la chirurgie de la cataracte est lié à l'accessibilité des ophtalmologistes libéraux. Les analyses montrent en effet une décroissance continue des taux d'intervention chirurgicale pour la cataracte selon la distance de la résidence à l'ophtalmologiste libéral le plus proche. D'autre part, le niveau d'intervention est d'autant plus élevé que la densité de médecins libéraux l'est aussi. Cette association est plus forte pour les médecins exerçant en secteur 2 que pour les seuls ophtalmologistes exerçant en secteur 1 (tableau 1).

La très inégale répartition de la chirurgie de la cataracte est donc liée à celle des ophtalmologistes libéraux. Leur absence, au moins relative mais souvent totale, des zones rurales exclut de fait du bénéfice de cette chirurgie les patients de ces zones. Il convient donc de favoriser l'accès de ces derniers aux lieux où la première se pratique dans des conditions de qualité. Des efforts ont sans doute été entrepris en ce sens, mais ils demeurent, en l'état, très insuffisants.

**LA TERRITORIALISATION NÉCESSAIRE DES POLITIQUES DE SANTÉ ET DE L'EXERCICE DE LA MÉDECINE**

La question des inégalités territoriales de santé et particulièrement de l'accès aux soins et à la santé est donc bien aujourd'hui un sujet de préoccupa-

tion pour le système de santé. Les inégalités sociales de santé se recourent et se potentialisent avec les inégalités territoriales de santé. Il est nécessaire de traiter les deux bouts de la question. Si traiter les inégalités sociales de santé suppose la mise en œuvre de politiques très ambitieuses et peut-être trop ambitieuses pour les finances publiques, le traitement des inégalités territoriales de santé relève davantage de l'organisation du système de santé. Il en va de sa responsabilité propre tout autant que de celle de la qualité des soins dans l'hôpital. Beaucoup a déjà été fait en ce sens mais il faut bien convenir, au vu de la réalité contemporaine, que les résultats ne sont pas au rendez-vous et qu'il est nécessaire d'aller encore plus loin en matière d'organisation territoriale du système de santé. Ceci est d'autant plus nécessaire que la France n'est plus le pays peu mais continûment peuplé qu'elle était encore dans les années 1960 et auquel la répartition régulière des établissements, calquée sur la départementalisation, répondait. La France est devenue un pays bien plus peuplé mais aussi très inégalement peuplé, marqué par quatre tendances de fond : littoralisation, métropolisation, péri-urbanisation et ségrégation socio-spatiale. Un effort d'adaptation du niveau de la présence de l'offre à la géographie des besoins de santé s'impose désormais. Pour ce faire, tout en respectant les impératifs de qualité, il faut envisager les moyens de toucher ces populations éloignées par une prévention plus proche des gens mais aussi par la projection de moyens dans les parties périphériques des territoires. De ce point de vue, il y a beaucoup de leçons à tirer de l'organisation de la médecine tropicale et pasteurienne du XX<sup>e</sup> siècle comme de celle d'autres pays très inégalement peuplés. Si la Corrèze n'est toujours pas le Zambèze, ce qui se fait en Australie, en Finlande, au Québec ou ailleurs doit également nous intéresser.

18. J.-N. Chailly, *Traité d'Hippocrate, Des airs, des eaux et des lieux*, Delalain, 1817.

19. Thucydide, *Œuvres*, trad. J. de Romilly, Les Belles Lettres, 1953-1972, rééd. 2009, t. 1, XXVIII, Bibliographie, Cartes.

L'histoire témoigne aussi de l'intérêt d'une approche géographique et historique des questions de santé et, à vrai dire, les liens entre ces disciplines furent longtemps assez étroits et... féconds. En effet, si l'œuvre d'Hippocrate consista notamment à faire de la médecine une discipline autonome, il fut aussi l'auteur du premier traité de géographie médicale, car l'on peut qualifier ainsi son ouvrage *Des eaux, des airs, des lieux*, dans lequel il pose au fond les principes d'une observation de l'environnement du sujet malade<sup>18</sup>. En miroir, c'est à un historien-géographe, Thucydide, que nous devons des observations intéressantes pour l'épidémiologie et les politiques sanitaires avec son récit de la peste d'Athènes en 430 av. J.-C.<sup>19</sup>.

Sautons les siècles et considérons le XIX<sup>e</sup> siècle. La science médicale progresse alors à pas de géants mais elle dispose encore de peu d'armes tandis que les maladies infectieuses continuent leurs ravages. Comment ne pas signa-

20. L.-R. Villermé, *La mortalité dans les divers quartiers de Paris*, réédition de l'édition princeps de 1830 in : *Annales d'hygiène et de médecine légale*, La Fabrique Éditions, 2008.

21. J. Snow, *On the Mode of Communication of Cholera*, 2<sup>e</sup> ed., Churchill Livingstone, 1854.

22. Vincens-Planchut, J.B. Baumes, *Topographie de la ville de Nîmes et de sa banlieue*, Vincens Saint-Laurent, an X (1802).

23. C. Lachaise, *Topographie médicale de Paris, ou Examen général des causes qui peuvent avoir une influence marquée sur la santé des habitants de cette ville*, 1822, IV.

24. J.C.M. Boudin, *Traité de géographie et de statistique médicales*, Baillière, 1847.

25. L. Poincaré, *Prophylaxie et géographie médicale des principales maladies tributaires de l'hygiène*, Masson, 1884.

26. L.A. Bertillon, *La Démographie figurée de la France ou Étude statistique de la population française*, Masson, 1874.

27. A.R. Omran, « The epidemiological transition », *Milbank Mem. Fund Quarterly*, 49, 4, 509-538, 1971.

28. E. Vigneron, « The epidemiological transition in an overseas territory:

ler ici que c'est par une approche géographique que Louis Villermé mit en relation la surmortalité dans certains quartiers de Paris avec la densité et le niveau social de leurs habitants, reconnaissant ainsi l'existence des inégalités sociales de santé<sup>20</sup> ? Comment ne pas souligner non plus que dans les mêmes années où, à Vienne, Semmelweis posait les bases de l'asepsie, un autre médecin, à Londres, John Snow<sup>21</sup>, par le moyen d'une cartographie extrêmement précise, permettait de reconnaître le rôle de l'eau de consommation dans la transmission du choléra et parvenait ainsi à juguler l'épidémie qui ravageait la capitale britannique ?

De la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle à la fin du XIX<sup>e</sup>, les médecins multiplièrent les observations géographiques et environnementales. En témoignent les très nombreux thèses et ouvrages parus sous le nom de « topographie médicale »<sup>22, 23</sup>. En témoignent aussi les observations rassemblées par Louis-Eugène Boudin<sup>24</sup> ou plus tard par Émile-Léon Poincaré<sup>25</sup> ou Louis-Adolphe Bertillon<sup>26</sup>. De même, on relève aisément la contribution de la géographie aux progrès de la médecine tropicale.

Le recul des maladies infectieuses décrit sous le nom de « transition épidémiologique »<sup>27-29</sup>, les progrès spectaculaires de la biologie, de la chimie et de l'instrumentation expliquent l'effacement de ces approches dans le cours de la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Peu nombreux sont, en France, ceux qui ont maintenu le flambeau de cette approche et en ont assuré la transmission. Il faut ici citer les travaux de Maximilien Sorre, entre 1930 et 1950<sup>30</sup>, de Henri Picheral<sup>31</sup> dans le dernier quart du XX<sup>e</sup> siècle ou encore de Mirko Grmek<sup>32</sup>. Cet effacement a plusieurs causes objectives. C'est en effet une période au cours de laquelle le progrès était rapide et semblait devoir se diffuser partout et pour tous, conduisant à une attention davantage portée aux moyennes qu'aux écarts-types. Ajoutons à cela, et dans le même esprit, la centralisation à la française des assurances sociales fondées sur les métiers et non sur la résidence. Enfin, il faut aussi mentionner, tant du côté des cliniciens que du côté des géographes et des historiens français, une réticence à l'égard des approches quantitatives et de la généralisation, attitude, il est vrai, confortée par les risques d'erreur écologique ou atomiste que présentent les études de groupe et les corrélations que l'on y constate. Mais attitude allant à l'envers de celle adoptée dans les pays anglo-saxons, plus ouverts aux approches quantitatives et modélisatrices en épidémiologie comme en sciences humaines. Ajoutons-y enfin la recherche d'une qualité des soins toujours accrue, la spécialisation croissante de la médecine et son coût croissant pour la société.

L'approche géographique et historique occupe sans doute une place très

disease mapping in French Polynesia », *Social Science and Medicine*, 29, 8, 913-922, 1989.

29. H. Picheral, « Géographie de la transition épidémiologique », *Annales de Géographie*, 546, 131-151, 1989.

30. M. Sorre, *Les fondements écologiques de la géographie humaine, Essai d'une écologie de l'homme* [1941], A. Colin, 1971.

31. H. Picheral, *Espace et santé, Géographie médicale du Midi de la France, Le Paysan du Midi*, 1976.

32. M. Grmek, « Géographie médicale et histoire des civilisations », *Annales, Économies, Sociétés, Civilisations*, 18, 6, 1071-1097, 1963.

modeste dans le processus heuristique mais, aujourd'hui comme hier, cette approche est d'autant plus nécessaire que les individus malades sont aussi des habitants touchés par des crises économiques, sociales ou même politiques et que les territoires qu'ils peuplent sont eux-mêmes parcourus par des fractures qui menacent leur cohésion. Les inégalités territoriales de santé en France sont profondes et se creusent, au moins à court terme. Elles sont demeurées largement méconnues, au moins jusqu'aux années les plus récentes et, en réalité, tout se passe comme s'il avait fallu attendre que les fractures territoriales soient très marquées pour qu'enfin on veuille bien s'en occuper. Les travaux de géographie et d'histoire de la santé ont permis de documenter la question, d'en révéler l'ampleur et de favoriser l'intérêt désormais porté aux territoires dans les politiques de santé.

L'approche territoriale des questions de santé n'a ainsi d'autres prétentions que de se placer, parmi d'autres, au rang de l'observation raisonnée des faits, de les établir, de guider l'action par l'identification de territoires à risque ou délaissés et d'aider ainsi la médecine à mieux s'exercer au profit de tous et d'abord de ceux qui en ont le plus besoin. C'est peu mais c'est nécessaire et encore utile malgré les progrès des sciences biologiques et chimiques.

Bien plus que par le passé, l'organisateur du système de santé doit aujourd'hui, dans un contexte de difficultés sociales, économiques et territoriales accrues, s'efforcer de faciliter, par tous les moyens dont il peut disposer, l'exercice d'un art médical parvenu à un niveau de savoir et de moyens extraordinaire. En effet, aujourd'hui encore, comme déjà du temps d'Aristote, nous devons nous souvenir que le progrès ne vaut rien s'il n'est pas partagé.

#### contact

emmanuel-vignerone@nft.fr

Emmanuel Vignerone est professeur de géographie et d'aménagement à l'université Montpellier-III.

Cet article a fait l'objet d'une publication dans le *Bulletin de l'Académie nationale de médecine* (n° 4-5, 2012), il est publié ici avec l'aimable autorisation de l'Académie.

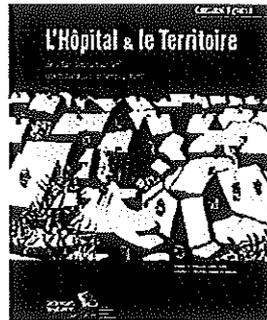
L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêt en relation avec le contenu de cet article. Il précise toutefois que l'étude dont l'article est partiellement issu a été soutenue par Sanofi-Aventis France.

## DÉCOUVRIR

Santé et territoire :  
une idée neuve ?

**C**e livre passionnant raconte une autre histoire des hôpitaux : celle du lien avec leur territoire. Un thème peu abordé dans l'historiographie hospitalière qui privilégie l'histoire des bâtiments et des soignants, renforçant l'image de forteresses peu ouvertes sur leur environnement.

Cette tension entre les objectifs propres des établissements et les besoins de santé de la population s'enracine pourtant dans l'histoire du soin. À l'origine, les fondations charitables chargées d'apporter assistance aux malades et aux pauvres avaient surtout pour vocation de témoigner de la générosité de leurs créateurs et, ce faisant, d'assurer le salut de leurs âmes. Leur multiplication, l'insuffisance de leur dotation, leur mauvaise gestion devinrent à la longue un objet de préoccupation. En 1543, l'édit de Fontainebleau, promulgué par François I<sup>er</sup> fut chargé de remédier à ce désordre en confiant « aux baillis, sénéchaux et autres juges la surveillance de l'administration des hôpitaux et des maladreries et léproseries, avec faculté de remplacer les administrateurs » afin de protéger les « pauvres malades et lépreux » des abus qui ruinaient les établissements. D'autres édits dans le siècle, pris sous l'influence de la Réforme, complétèrent cette volonté du pouvoir royal de rationaliser les secours au bénéfice de ceux qui en avaient le plus besoin. En 1566, l'ordonnance de Moulins établit ainsi précisément que chaque ville, bourg ou village devait nourrir, entretenir et soigner ses propres pauvres (ce qui excluait les vagabonds). L'organisation de l'offre hospitalière put aussi servir de purs objectifs de police, comme l'atteste la création des hôpitaux généraux par Louis XIV (un « réseau » de plusieurs établissements à Paris) pour enfermer les vagabonds et autres sujets de mauvaise vie qui affluaient en grand nombre dans la capitale. Au XVIII<sup>e</sup> siècle, quatre articles de l'*Encyclopédie* dénoncèrent la misère des hospices (inutiles et nuisibles, car entretenant l'assistanat au détriment de l'assistance aux vieillards, aux orphelins ou aux victimes d'un aléa de la vie) et l'état déplorable de l'Hôtel-Dieu de Paris. Dans l'article « Hôpital », Diderot estimait : « Il faut sans doute des hôpitaux partout mais ne faudrait-il pas qu'ils soient tous liés par une correspondance générale ? Si les aumônes avaient un réservoir général d'où elles se redistribueraient dans toute l'étendue d'un royaume, on dirigerait ces eaux salutaires partout où l'incendie serait le plus violent. Une

L'HÔPITAL  
& LE TERRITOIRE

De la coordination  
aux GHU : une  
histoire pour le  
temps présent  
par Emmanuel  
Vigneron, préface par  
le Pr Claude Jaffiol,  
SPH éditions,  
Paris, 2017,  
296 pages, 30 €

*disette subite, une épidémie multiplie tout à coup les pauvres d'une province : pourquoi ne transférerait-on pas le superflu habituel ou momentané d'un hôpital à un autre ?* ». Le débat se prolongea au début de la Révolution avec les travaux du Comité de mendicité qui sous l'impulsion de La Rochefoucauld-Liancourt proposa une chaîne cohérente guidée par un principe d'équité, les revenus des hôpitaux étant réunis en une masse commune et répartis « selon les besoins et dans le cas de malheurs extraordinaires ».

## Le bastion hospitalier

Cette approche ne résista pas aux développements de la médecine hospitalière au cours du XIX<sup>e</sup> siècle. Les hôpitaux, souvent de magnifiques constructions résultant de débats passionnés entre médecins et architectes, devinrent de véritables laboratoires de la médecine où être soigné justifiait en contrepartie de devenir un sujet d'expérimentation pour des médecins hospitaliers qui, farouches défenseurs d'une pratique libérale de leur exercice, soignaient les plus riches à domicile. La fin du siècle et ses bouleversements favorisèrent toutefois l'action de personnalités telles que Henri Monod, premier directeur de l'Assistance publique au ministère de l'Intérieur, qui inspira la loi du 15 juillet 1893 qui disposait que chaque commune devait être rattachée à un dispensaire ou à un hôpital et qui faisait de l'assistance médicale des personnes sans ressources une obligation. Monod ne fut cependant pas suivi dans sa volonté de mettre en place une offre graduée : soins à domicile, dispensaires, infirmeries, hôpitaux... alors que par ailleurs un secteur privé conséquent se développait avec des « maisons de santé » échappant à tout objectif de coordination des soins. Au XX<sup>e</sup> siècle, les progrès de la médecine reléguèrent au second plan le vieil intérêt médical pour l'approche territoriale : « À quoi bon se soucier des aspérités du territoire quand il apparaît évident que le progrès qui semblait s'alimenter à une source intarissable se diffuserait partout ? L'hôpital se consacra alors à son équipement scientifique et technique au détriment de son rôle territorial ». Mais ces dernières années, l'idée apparaît moins désuète, ce dont témoigne la loi de 2016 définissant les modalités de constitution et de fonctionnement des groupements hospitaliers de territoire. Que la santé ait quelque chose à voir avec le territoire : une idée neuve, à défaut d'être nouvelle ?

Jean Deleuze

## Urbanisme et aménagement du territoire favorables à la santé

Par Agence Régionale de Santé Bretagne

Le 6 août 2018

La santé est composée à 80% d'éléments qui ne relèvent pas du système de soins à proprement parler. Prévoir l'organisation du territoire et son aménagement en intégrant des dispositions visant à améliorer la qualité de vie des citoyens sont des éléments importants. On parle donc de promouvoir un "urbanisme favorable à la santé."

Corps de texte

**Les agences régionales de santé valorisent "un urbanisme favorable à la santé" à travers leur participation aux travaux d'élaboration des documents d'urbanisme.** Lors de l'élaboration ou de la révision de ces schémas et plans, l'ARS Bretagne est sollicitée en amont des travaux, dans le cadre du porter à connaissance (PAC). Cette étape permet de préciser les éléments forts que l'ARS souhaite voir pris en considération par les élus locaux.

Outre la rédaction de ce PAC, les services peuvent également participer aux groupes de travail constitués. Enfin ils émettent un avis sur les projets arrêtés.

A cet égard l'article L. 1435-1 du CSP indique notamment que « *[l'ARS] fournit aux autorités compétentes les avis sanitaires nécessaires à l'élaboration des plans et programmes ou de toute décision impliquant une évaluation des effets sur la santé humaine.* »\*

### **Agir sur la protection des milieux et des ressources pour un urbanisme favorable à la santé**

Agir pour un urbanisme favorable à la santé repose bien évidemment sur la réduction des polluants, nuisances et autres agents délétères auxquels sont exposées les populations.

Toutefois les démarches et réflexions engagées dans le cadre de l'élaboration des documents d'urbanisme ne devraient pas se limiter à la seule prise en compte des déterminants de santé associés aux thématiques précitées.

Ainsi les aspects visant :

- à promouvoir des comportements de vie sains, la cohésion sociale et l'équité, l'accessibilité aux équipements, services publics et activités économiques (en privilégiant les déplacements actifs-marche/vélo, les cheminements doux, la proximité des services et équipements publics, la création d'aires de covoiturage, le développement de l'habitat ou des activités près des sites desservis par les transports collectifs, ...)
- à contribuer à l'amélioration du cadre de vie par le biais de l'habitat, de l'aménagement urbain, de la sécurité et de la tranquillité (en proposant la création d'espaces verts sans espèces allergisantes, en limitant l'implantation de logements ou structures sensibles en zones exposées au bruit de transport, ...).

devraient également trouver leur traduction à travers les dispositions retenues dans ces documents d'urbanisme.

Si ces derniers n'ont pas vocation à répondre seuls et de manière complète à l'ensemble des enjeux locaux qui impactent la santé, ils constituent cependant des leviers intéressants de promotion de la santé.

## **Le schéma de cohérence territoriale (SCoT)**

Le schéma de cohérence territoriale (SCoT) est un document d'urbanisme qui détermine, à l'échelle de plusieurs collectivités, un projet de territoire visant à mettre en cohérence l'ensemble des politiques sectorielles notamment en matière d'habitat, de mobilité, d'activités, d'aménagement commercial, d'environnement et de paysage.

Ce schéma, intégrateur de documents de niveau supérieur, vise généralement un vaste territoire, englobant de nombreuses communes dont les plans locaux d'urbanisme (PLU- PLUi- intercommunaux, cartes communales) devront être compatibles avec celui-ci.

## **Et en Bretagne ?**

En 2017, les services de l'ARS Bretagne ont fourni des éléments pour l'élaboration de 48 porter à connaissance (45 pour des PLU et PLUi et 3 pour des SCoT), ont formulé des avis sur 68 projets de documents d'urbanisme arrêtés par des collectivités et ont été consultés sur 221 modifications, révisions allégées, mises en compatibilité ou mises à jour d'éléments de ce type de documents.

A ces consultations il convient d'ajouter une soixantaine de dossiers visant des opérations d'aménagement diverses soumises notamment à l'avis de l'autorité environnementale, ainsi qu'une cinquantaine de demandes étudiées au titre de la procédure « cas par cas » - hors documents d'urbanisme - visant à définir la nécessité ou non d'avoir recours à une évaluation environnementale pour les projets présentés.

## SÉQUENCE 2

# « POLITIQUE TERRITORIALISÉE OU TERRITORIALISATION DES POLITIQUES PUBLIQUES? »

PAGE 22

**Marina Honta,**  
sociologue, Centre Emile Durkheim (UMR CNRS),  
Université de Bordeaux

**Véronique Lucas Gabrielli,**  
géographe de la santé, IRDES

### Discutants:

**Catherine Richard**  
directrice de la coordination des programmes de l'Institut  
de Veille Sanitaire, Paris

**Frédéric Jacquet**  
directeur de centre publicitaire,  
directeur de la santé et de l'assurance à la Ville de Paris

Historiquement, la territorialisation n'est pas une conquête du local elle a été, fondamentalement, une politique nationale. Les lois de décentralisation ont permis à l'État de définir le local et de le rendre autonome, mais il y a de local moins il y a d'État? Ou encore politique nationale se définit au niveau national, d'une part, et au niveau local, d'autre part, et ne se met en œuvre qu'à travers des formes nouvelles d'articulation entre le national et le local? La territorialisation est-elle alors pour l'État et les AFS une façon d'atteindre leurs propres objectifs? Mais qu'en est-il par territorialisation des politiques de santé? Le territoire est-il le repère d'une politique publique ou est-ce un espace politique de construction d'une politique publique qui ne peut fonctionner qu'avec la mobilisation du local? Que peuvent nous dire les politiques européennes sur ces questions?

DOCUMENT n° 6



**Véronique Lucas Gabrielli,**  
géographe de la santé, IROES

Comment les enjeux en matière de santé, pour les institutions, pour les acteurs de santé et pour les usagers sont mis en pratique dans les territoires dans le cadre de transformations portées par les réformes ? Mes propos s'appuient sur une réflexion menée avec Emmanuel Eliot (Université de Rouen) et Catherine Mangeney (ORS IdF) et publiée dans un article de la Revue francophone sur la santé et les territoires. Dans un premier temps, je vais m'attacher à préciser les logiques qui sous-tendent les reconfigurations en cours des systèmes de santé dans le monde, et qui sont au cœur de la phase actuelle de territorialisation des systèmes de soins. Puis dans un second temps, je décrirai le processus de territorialisation sanitaire en France, pour finir sur les enjeux associés à la phase actuelle de territorialisation.

Concernant tout d'abord les logiques de reconfiguration des systèmes de santé, notons qu'à la suite de la construction et de la mise en place des systèmes de santé fondés sur l'accès aux soins pour tous, au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, dans de nombreux pays du monde, la crise économique, la modification des équilibres démographiques et des nouveaux enjeux sanitaires, à partir des années 1980, ont montré les difficultés d'adaptation des systèmes à l'évolution du contexte dans lequel ils s'inscrivaient, conduisant à une reconfiguration régulière des systèmes de soins, qui s'est intensifiée au cours des années 2000. Aujourd'hui, la plupart des pays du monde sont concernés par ces transformations, qui reposent sur trois facteurs : la régulation financière, le développement des partenariats et le transfert de compétences.

Concernant la logique financière, elle a été placée au centre de l'évolution de la viabilité des systèmes de soins. Elle a généralement consisté à modifier les modalités d'application des ressources, ou à opérer une plus grande sélection des interventions et des actions à financer, engendrant par là même des problèmes d'arbitrage entre qualité des soins et dépenses. Face à ces difficultés, différents types de régulation ont été définis : gestion des coûts, réforme des financements, allocation des budgets en fonction des besoins, évaluation de la qualité rendue sur des bases de contrôle statistique, développement de regroupements, mutualisation, concurrence dans l'allocation des budgets.

La deuxième grande tendance, c'est les partenariats. Ils ont été encouragés ou sont devenus obligatoires entre les acteurs publics, privés ou issus de la société civile. Ces modes relationnels ont généralement pris

la forme d'une contractualisation d'objectifs et/ou de moyens destinée à optimiser la performance des systèmes de soins. La mise en place de ces contrats est toutefois variable selon les pays et répond le plus souvent à des objectifs d'accessibilité aux équipements et aux services. Certains ont introduit des coopérations entre les établissements de soins, d'autres ont généralisé la contractualisation en cherchant à intégrer l'ensemble des acteurs de la hiérarchie sanitaire. Le plus souvent, cette contractualisation répond à un objectif managérial et vise à développer l'accès à des services ou à des plateaux techniques inexistantes auparavant. La forme la plus développée de ces coopérations est le partenariat public/privé. Ces dispositifs visent les différents objectifs, à différentes échelles. Par exemple, il s'agit du développement d'une offre de soins au niveau d'un territoire municipal, ou le financement, via un consortium de banques ou de promoteurs du bâtiment et de travaux publics, pour la création de nouveaux établissements hospitaliers, à l'échelle d'un État pour les autorités publiques. Au niveau international, les partenariats publics/privés sanitaires internationaux ont avant tout orienté leur action vers l'accès aux médicaments dans le cadre du grand programme d'action de l'Organisation mondiale de la Santé, impliquant aussi des entreprises et des fondations. Le terme recouvre en effet, d'une part, un très grand nombre de formes de contractualisation, entre les acteurs des cercles privés et publics, mais aussi du monde associatif, d'organisations non gouvernementales ou dans certains pays, des mouvements religieux, et d'autre part, des types de dispositifs très divers, gestionnaires, économiques, financiers qui ne permettent pas, le plus souvent, de développer une offre de soins complète.

La troisième tendance concerne les réformes structurelles. Elles ont été accompagnées de cadres législatifs destinés à développer ou à renforcer le niveau local de l'action publique en opérant un transfert de pouvoir de l'État à des relais. Cependant les modalités du transfert sont différentes, allant de la décentralisation à la déconcentration, en passant par la délégation, voire même la privatisation. Dans tous les cas, le pouvoir devient plus diffus dans le territoire. Il ne dépend plus uniquement de la taille des institutions, mais du degré de pouvoir et de la capacité des acteurs à l'activer. Le développement de ces relais fait ainsi émerger de nouveaux enjeux : coût de ces agencements et organisations, conflits potentiels ou réels entre les différents types d'acteurs, entrées administratives, gouvernements centraux et locaux.

Dans ce contexte, comment définir la territorialisation sanitaire ? Les transformations contemporaines des systèmes de soins présentent en



somme de nouvelles constructions qui produisent une image complexe du paysage sanitaire. Elles peuvent certes générer de nouvelles coopérations, modifier les hiérarchies anciennes, réorganiser les périmètres institutionnels. Mais elles peuvent aussi, en contrepartie, renforcer certaines inégalités en termes d'offre et d'accès, et compartimenter le rôle des acteurs. En inscrivant plus fortement l'action au niveau local, tout en l'insérant dans une diversité de réseaux, les recompositions en cours des paysages sanitaires nécessitent de redéfinir les échelles d'action et de modifier les manières d'organiser les configurations des systèmes de soins.

D'un point de vue générique, la territorialisation qualifie ces évolutions et fait l'objet d'une utilisation plurielle, même si, à la différence du terme de territoire, qui met l'accent sur un processus, le terme de territorialisation définit, d'une part, l'analyse de la diversité des modes d'appropriation des espaces, et d'autre part, les programmes de l'action publique reposant sur le décloisonnement des secteurs d'activité, et visant à introduire une diversité dans le mode de production des espaces aménagés. Dans la littérature géographique francophone traitant des systèmes de soins, la territorialisation est employée pour prendre en compte les modalités d'adaptation d'une offre de services à l'espace socialement construit par les acteurs, et ayant des effets positifs ou négatifs sur la santé des habitants (Fleuret, 2016), mais aussi pour identifier les mécanismes permettant d'ancrer une politique dans la production du territoire afin d'améliorer une situation sanitaire. En raison de la diversité des dispositifs et des types d'actions conduits par les acteurs, l'enjeu est probablement de mieux comprendre les modes opératoires de cette territorialisation et d'interroger la diversité des formes territoriales produites (Riean, Vaillant, 2009)\*.

\* Riean S., Vaillant Z., 2009, « Territoires et santé : les enjeux de la territorialisation et enjeux territoriaux des politiques de santé », *Environnement & Santé*, n° 27, p. 33-42.

\* Riean S., Vaillant Z., 2009, « Territoires et santé : les enjeux de la territorialisation et enjeux territoriaux des politiques de santé », *Environnement & Santé*, n° 27, p. 33-42.

En positionnant les instruments d'action publique au cœur de l'analyse, nous pouvons ainsi aborder la territorialisation comme une interface entre, d'une part, de la gouvernance en tant que processus de coordination d'acteurs et d'institutions, et d'autre part, la notion de gouvernement comme capacité des acteurs à imposer des choix en fonction des contraintes délimitant les périmètres d'action des acteurs, et enfin des pratiques sociales organisant l'action en fonction des représentations et significations.

Concernant l'analyse de la territorialisation sanitaire en France, je propose de l'appréhender en proposant au préalable une description générale de la décentralisation des institutions en France, afin de pouvoir mettre en exergue la manière dont ces deux processus se sont articulés. Après la Deuxième Guerre mondiale, le développement du territoire français est caractérisé par un profond déséquilibre entre régions. Pour faire contrepoids à l'hypertrophie de la région parisienne, le décret du 30 juin 1955 crée 21 régions économiques de programme. L'évolution de ces dernières sera ensuite progressive : transformation en circonscriptions d'action régionale de l'État en 1959, ajout de structures administratives et consultatives en 1963, acquisition du statut d'établissement public régional et d'un conseil composé d'élus en 1972. C'est finalement la loi de décentralisation du 2 mars 1982 qui transforme les régions en collectivité locale de plein exercice. Même s'il faudra attendre 1986 pour voir leur assemblée élue au suffrage universel direct. Ce qui sera rétrospectivement présenté comme l'acte I de la décentralisation rassemble les évolutions dont la ligne directrice est le critère démocratique, compris comme requérant le rapprochement de la décision publique du citoyen et se traduisant par des capacités d'action accrues pour les collectivités locales. Le design de la décentralisation française des années 1980, ou la décentralisation fiscale, avec l'attribution d'un pouvoir de vote et d'une imposition locale dès 1980 précède la décentralisation politique avec la suppression, en 1982, de la tutelle et de la fonction régionale et départementale confiée jusque-là au préfet, qui précède elle-même la décentralisation administrative, c'est-à-dire le transfert de compétences. Cela exprime une volonté de renforcer le pouvoir et l'autonomie des élus locaux vis-à-vis de l'État.

L'acte II de la décentralisation s'inscrit plus dans une logique de décentralisation administrative, de renforcement de compétences et des responsabilités des élus locaux sans accroître leur autonomie politique ni leur capacité à faire varier leurs revenus. Alors qu'une loi organique\*, en 2004, vient préciser les conditions de l'autonomie financière des collectivités territoriales, l'érosion de leur marge budgétaire est amorcée. Même si les blocs de compétences commencent à se dessiner (développement économique et formation professionnelle pour les régions, action sociale pour les départements), les critères des transferts illustrent avant tout la volonté propre de l'État et la recherche d'équilibre entre les différents niveaux de collectivités.



Ce n'est qu'avant l'acte III, qui regroupe formellement les lois adoptées entre 2013 et 2015, mais auxquelles il faut rattacher en effet la loi de réforme des collectivités territoriales de 2010, qu'est affirmée une vision structurée de la décentralisation. C'est d'abord le cas avec le renforcement de la spécialisation des différents niveaux dans une logique de subsidiarité, ou à tout le moins de recherche du bon niveau d'intervention. C'est en ce sens qu'est supprimée la clause de compétence générale des régions et des départements. Du point de vue de leur attribution, même si les transferts se font dans la continuité, les régions sont renforcées au détriment des départements. Leur faculté à contribuer en commun aux projets locaux est très strictement encadrée. Dans le même temps, la réorganisation de la décentralisation se traduit par un impératif de renforcer l'efficacité, qui vise prioritairement les communes. Lesquelles sont nombreuses et à l'origine de la part la plus importante de l'investissement public en France. Ainsi, aux incitations financières au regroupement intercommunal de la décennie 2000 succède, dans les années 2010, la généralisation obligatoire de l'adhésion à un établissement public de coopération intercommunale. Ceux-ci sont désormais toujours plus grands, au moins 15 000 habitants et parfois plus d'une centaine de communes, tous intégrés en termes de compétences. L'exemple le plus abouti est celui des métropoles, qui exercent la quasi-totalité des attributions locales et empiètent même progressivement sur les compétences départementales. Elles sont dotées d'une fiscalité propre et sont désignées par le suffrage universel direct. Aux mutualisations s'ajoute une pression accentuée de l'État sur les ressources locales, notamment via la diminution progressive de la dotation globale de fonctionnement.

En parallèle, les ferments d'une évolution plus profonde de la décentralisation française se font jour. C'est le cas avec l'affirmation systématique de la responsabilité de coordination de la région à travers ses plans et schémas. L'ampleur des domaines traités et surtout leur portée prescriptive, toujours plus importante, enfonce deux poings dans la conception unitaire de la République française, avec une forme possible de différenciation de la norme sur le territoire, et non pas une tutelle, mais une réelle capacité d'orientation de la région sur les autres collectivités. Le complément en termes de gouvernance se profile, avec la montée en puissance possible des conférences territoriales de l'action publique, instance de dialogue entre collectivités, présidées par les régions et dédiées à l'ajustement des compétences, délégations et modalités d'actions communes aux spécificités des différentes configurations locales.

La santé est quant à elle restée longtemps à l'écart des nombreux transferts législatifs. Les collectivités ne se sont vues attribuer par exemple qu'un rôle consultatif dans les instances, par exemple dans le conseil de surveillance des ARS, ou bien un rôle d'intervention par des mécanismes de délégation de compétence dans certains domaines, comme les programmes de prévention ou d'incitation. À ce titre, la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, est une étape importante. Car elle simplifie l'organisation jusque-là éclatée de la politique sanitaire régionale, en rassemblant au sein des diverses agences régionales de santé les pouvoirs des agences régionales d'hospitalisation, des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales, des URCA, des groupements régionaux de santé publique et des caisses régionales d'assurance maladie. Cette nouvelle organisation régionale, l'ARS, correspond alors à une déconcentration un peu particulière. Car certes, il s'agit d'un aménagement de l'action de l'État, et non d'une dévolution de compétences aux collectivités territoriales. Mais l'ARS est une institution ayant un rôle moral qui correspond plutôt aux principes de décentralisation fonctionnelle, dans laquelle l'établissement public est soumis à la surveillance et à l'orientation de l'État.

Cette nouvelle organisation régionale rend possible le décloisonnement des politiques régionales hospitalières, ambulatoires et médico-sociales. Celle-ci est mise en place par le plan régional de santé (PRS), qui définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé, les objectifs pluriannuels de l'ARS dans ses domaines de compétences ainsi que les mesures pour les atteindre. Pour déployer les PRS, les ARS ont développé une politique de contractualisation de partenariats avec de multiples acteurs, dont les associations et les collectivités territoriales. Elles deviennent des actrices privilégiées pour décliner le PRS au niveau local. Mais ce sont aussi des interlocuteurs incontournables pour faire émerger une connaissance de l'intérieur des lieux. Cela permet ainsi de mieux intégrer les spécificités locales dans les politiques régionales. Les associations sont présentes dans certains secteurs, comme le handicap, l'aide à domicile, où elles jouent le rôle de gestionnaire de services, parfois, et combient ainsi localement les vides du système de santé.

Les collectivités territoriales sont quant à elles largement impliquées dans ce nouveau système de santé régional, qui fait de la territorialisation, du décloisonnement, de la conception globale de la santé, de la fluidité du parcours et de la réduction des inégalités des axes majeurs de leurs actions. Cette implication est d'autant plus forte qu'elle répond aux sollicitations des citoyens, qui sont telles que nombre de maires





font de la lutte contre la désertification médicale des territoires une de leurs priorités. Enjeu politique, la santé devient un enjeu pour les politiques et un domaine d'action pour les collectivités à travers de la résolution pragmatique de problèmes locaux. Cette municipalisation de fait, et non de droit, de la santé publique conduit à des situations et implications très hétérogènes au niveau local. Pour autant, les collectivités se trouvent confrontées à l'effet ciseau entre la demande sociale qui leur est adressée et des finances qui se tendent. Leur capacité à faire, et ce en fonction des besoins de leurs habitants, reste un sujet à part entière des débats actuels autour des finances locales et des systèmes de pérennité. Ainsi, déconcentration et décentralisation se développent parallèlement ou conjointement, générant chevauchements, financements croisés et parfois relative illisibilité de leur organisation administrative sur l'ensemble du territoire. La place de l'État et des territoires, dont l'action publique ne cesse d'être redéfinie dans de nombreux domaines d'action, l'État devenant finalement un acteur parmi d'autres des politiques publiques. La recombinaison de la gouvernance sanitaire ne fait qu'écho à ce que nous observons finalement dans d'autres domaines d'action publique. C'est le cas par exemple dans l'enseignement et la recherche, le développement durable, à l'aménagement du territoire, les politiques sociales, etc.

La position de l'ARS se situe ainsi à l'interface de ses missions de régulation et d'organisation, garante de l'équité territoriale et dotée de compétences larges et d'outils de territorialisation. Elle doit composer avec les autres services territorialisés de l'État, avec l'assurance-maladie, avec les territoires et les élus. Car de nombreux leviers d'action et de régulation lui échappent. Ainsi, face à la montée des politiques de développement local, de spatilisation de la décision publique, mais aussi des principes de gouvernance territoriale, de démocratie participative et des dispositifs de concertation, les modes d'action publique doivent se réinventer entre hiérarchie, contraintes ou incitations, concurrence par l'allocation des fonds étatiques, contractualisation et recherche d'une co-construction de l'action publique, avec une prévalence accrue de la coordination entre acteurs de nature différente : productifs, associatifs, particuliers, représentants des pouvoirs publics ou des collectivités locales. Les réponses sont ainsi variables d'un territoire à l'autre et dépendent de la configuration spécifique de chaque territoire. Ce dernier apparaît alors comme une entité active qui puise son potentiel de développement de ses ressources locales et des jeux d'associations, de concertation, de négociations ou de conflits qui les animent (Torre 2015)\*. Pour

\* Torre A. 2015. Gouvernance territoriale et conflits d'usages. Wik territorial du 20421, en ligne, consulté le 30 juin 2016. <http://www.wikterritorial.org/fr/wiki/wiki/nouveauxusages/Novus-usus-territoriaux-et-conflits-d'usages>

le secteur associatif notamment, se posent alors des enjeux forts de visibilité, de résilience et de pérennité de l'action face au financement, mais aussi aux temporalités qui se raccourcissent, dans un calendrier qui est bien souvent subi. Cette mutation de l'action publique et le développement des politiques territoriales multinationales de l'interterritorialité conduisent finalement au développement de coopérations souples, d'échelles méso-territoriales, prenant la forme de partenariats peu verbalisés, flexibles et volontaires de dialogue entre acteurs locaux, ou de territoires de projets de forme plus ou moins institutionnalisés, supposant la quête de la bonne mosaïque territoriale.

Le projet commun et la coordination, la coopération des acteurs deviennent alors les maîtres mots des relations qui caractérisent la nouvelle configuration du système de soins, mais plus globalement du système de gouvernance territoriale. Deux grands enjeux s'en dégagent. Premièrement, c'est le développement de projets portés par des coalitions d'acteurs. Car si l'échelon local de la définition des contours reste éminemment flou et si ses interfaces s'imposent de manière croissante comme le niveau optimal de mise en œuvre de l'action publique et d'innovation, leur concrétisation par projet ne peut se faire sans que se dégage une coalition d'acteurs publics, privés, associatifs, usagers portant ou soutenant le projet. Cette coalition ne peut exister sans langage et objectifs communs, sans concertation solide, sans convergence minimale d'intérêts, en reconstruction permanente à la fois dans l'espace et le temps. Il s'agit également de se réadapter sans cesse aux nouvelles dynamiques d'acteurs qui se forment au gré des recombinaisons territoriales, de la refonte des compétences, des marges de manœuvre budgétaires, des alternances politiques, de la création de nouvelles instances et de nouvelles réglementations.

Deuxième enjeu, c'est celui de la coordination de la coopération et de la complémentarité. Dans le champ sanitaire, cette recombinaison organisationnelle se caractérise aujourd'hui par le développement de structures hybrides de soins coordonnés, la création de réseaux de soins via l'hôpital, le développement des accords de partenariat entre structures et instances sanitaires, unions sanitaires, et l'accroissement de coopérations entre secteur public et secteur privé. Cette coordination prend des formes très variées, ascendantes ou descendantes, coercitives ou incitatives, sous forme de protocollisations des soins, de bonnes pratiques, de contractualisations, de conventions, d'incitations, mais aussi de coopérations spontanées basées sur la confiance interindividuelle. La puissance publique est alors en quête sans cesse renouvelée de nouveaux

cadres facilitant ces coopérations et coordinations dans une vision d'efficacité autant que d'égalité des chances. Groupement hospitalier de territoire, maison de santé pluridisciplinaire, rémunération à la coordination, contrat territorial de santé sont des outils avec des effets parfois limités et une adhésion des acteurs pouvant s'avérer parfois conflictuelle.

En conclusion, je dirais qu'en France, comme dans un très grand nombre de pays du monde, la déconcentration, associée à une montée en puissance du local dans l'espace d'action, constitue un des axes clés des réformes des systèmes de santé conduits depuis le début des années 1990. L'aménagement régional, avec la création des ARS, en a été une étape décisive, une étape décisive de la territorialisation des politiques de santé. Mais de nombreux défis sont à relever pour que l'articulation entre la prévention, les soins et les accompagnements médico-sociaux soit plus performante. C'est une des ambitions de la loi de modernisation de notre système de santé, qui s'appuie désormais sur un schéma régional de santé unique visant à renforcer l'approche par parcours et à proposer une approche transversale des questions de santé. A cette fin, plusieurs outils ont été prévus : territoire de démocratie sanitaire, zonage spécifique, contrats territoriaux. Ces outils questionnent la place des différents acteurs. Dans ce contexte, et comme pour d'autres domaines d'action, la place des services de l'État et des territoires dans l'action publique ne cesse d'être redéfinie. Finalement, les modes d'action doivent se réinventer pour atteindre les ambitieux objectifs de la loi de modernisation de notre système de santé.

**Marina Honta,**  
sociologue, Centre Émile Durkheim (UMR CNRS)  
Université de Bordeaux

Que recouvre cette notion de territorialisation dans les travaux que nous menons avec des collègues et chercheurs de Toulouse et de Lille ? Ces travaux étant adossés à une perspective de sociologie de l'action publique.

Je présenterai les trois temps de cette territorialisation des politiques de santé et reviendrai sur les transformations de l'action publique qu'ils donnent à voir. La manière avec laquelle est conçu ce processus évolue dans le temps et témoigne de la recomposition des rapports que l'État entend entretenir avec les acteurs locaux pour la conduite des politiques territoriales de santé. Pour le dire autrement, nous analysons les modalités d'élaboration, de mise en œuvre et de réception des politiques territoriales de santé à l'aune d'une grille d'analyse proposée notamment par Renaud Epstein, grille que nous mettrons à l'épreuve de l'observation empirique des politiques de santé. Ce qui fait que ce premier point - les trois temps de la territorialisation des politiques de santé - fait véritablement écho à ce qui a été dit ce matin. Mon propos sera illustré par des exemples issus des travaux que nous menons : la mise en œuvre de deux programmes nationaux de santé publique, le programme national nutrition et santé (PNNS), puis le programme sport santé bien-être. Ce sont deux programmes de santé publique qui ont vocation bien évidemment à être mis en œuvre sur les territoires. Ces trois temps seront aussi illustrés à travers les analyses que nous faisons de la démarche des Ateliers santé ville et de la construction des contrats locaux de santé, qui me paraissent être des dispositifs exemplaires d'une territorialisation affichée comme coopérative de la santé.

Le deuxième point de mon intervention consistera à mettre en évidence ce qui fait question et débat dans ce processus de territorialisation de la santé publique. Ces interrogations sont issues des témoignages d'acteurs locaux qui se mobilisent au quotidien pour mener ces politiques. Ces points de débat, voire ces tensions, me paraissent aujourd'hui largement exacerbés par les inquiétudes et les incertitudes issues de la dernière réforme territoriale. Finalement, cette réforme territoriale accroît les questionnements autour des enjeux de justice sociale et territoriale en France aujourd'hui. Bien évidemment, ce matin, nous avons évoqué le fait que la réforme territoriale avait, comme toute réforme institutionnelle, fait des « gagnants », les territoires urbains et plus précisément les métropoles, et « des perdants », les territoires ruraux qui expriment



se sentir oubliés par les dispositions adoptées au titre de ces réformes. Je nuancerai un peu ces propos en soulignant que si les métropoles sont aujourd'hui présentées comme les moteurs du développement économique de notre pays, elles sont elles aussi marquées par de très grosses disparités sociales. Elles sont marquées par la permanence de poches de pauvreté qui, dans le contexte actuel, peuvent s'accroître.

Pour présenter ces trois phases de territorialisation de l'action publique de santé, je commencerai par revenir à la période précédant la réforme de décentralisation, avant 1982. La figure de l'État qui domine alors est celle d'un État qui fait. A cette époque, le territoire est appréhendé par l'État comme le lieu d'application de politiques décidées à l'échelle nationale. Ceci incarne pleinement la figure de l'État aménageur, planificateur, qui, depuis Paris, a une vision pour le territoire. Dans ce modèle, les différences territoriales sont gommées, l'État étant porteur de normes universelles. En matière de santé, cela se traduit notamment par l'instauration, par la loi hospitalière du 31 décembre 1970, d'une première « carte sanitaire » dont l'objectif était de réguler et d'équilibrer le parc hospitalier français en fixant des besoins par secteur et région sanitaires. Cette logique-là est alors également observable en matière éducative, en matière sportive.

Les choses changent, à partir du début des années 1980, avec la réforme de décentralisation. A cette époque, la décentralisation est présentée par le gouvernement comme une vraie chance pour le pays, puisqu'elle consacre l'éloge de la proximité. La territorialisation, dans ce contexte-là, revêt des enjeux d'efficacité et de modernisation de l'action publique dans le domaine de la santé comme dans les autres secteurs d'intervention. « Gouverner de près » permet d'élaborer et de mettre en œuvre une réponse *adaptée* aux besoins de la population. Dans ce contexte, l'action des collectivités territoriales en matière de santé va s'accroître, tout particulièrement à partir de la fin des années 1990, avec le lancement du cinquième volet de la politique de la ville, les Ateliers santé ville. Cette politique a été présentée comme « un effet d'aubaine » pour leur engagement en la matière.

Outre cet interventionnisme croissant des collectivités territoriales, la décentralisation reconfigure aussi les rapports entre les collectivités territoriales et l'État. Sur les 20 premières années qui ont suivi, tout l'enjeu de la territorialisation a été d'articuler l'action des collectivités territoriales avec celle des services déconcentrés de l'État en matière de santé (à l'époque, les DRASS et les DDASS). Ceci renvoie à une toute autre appréhension du territoire qui devient, alors, le lieu pertinent pour la

définition des problèmes publics et des modalités de leur traitement. Il devient le lieu de l'institutionnalisation de l'action collective. Pour le dire différemment, il s'agit, pour ces acteurs territoriaux de définir ensemble un intérêt général localisé en matière de santé. Dans ce modèle, l'État fait donc « avec » ces acteurs locaux.

Sur ce point, la démarche des Ateliers santé ville puis celle des contrats locaux de santé, illustrent pleinement cette volonté d'initier une territorialisation coopérative de la santé. La conception de ces deux dispositifs, même s'ils n'opèrent pas à la même échelle, valorisent une méthode fondée sur le diagnostic territorial, le projet transversal et le contrat global, autrement dit le triptyque qui a été rappelé ce matin par Renaud Epstein : un territoire - un projet - un contrat (pour les ASV, les CUCS et désormais le contrat de ville nouvelle génération : le contrat local de santé destiné à structurer les politiques locales de santé).

Renaud Epstein a rappelé que le modèle du gouvernement à distance avait entraîné une forme de résidualisation, d'évidement des services territoriaux de l'État. En matière de santé, il me paraît utile de nuancer, pour partie, ce constat. La présence des agences régionales de santé et le fait qu'elles soient missionnées, à travers le C.I.S., pour co-construire avec les collectivités territoriales et leurs groupements une politique territoriale de santé, justifient, me semble-t-il cette nuance. Le contenu de l'action publique de santé se conçoit ainsi et encore par la négociation territoriale, par la confrontation des visions du monde des ARS et des autres échelles de gouvernement local. Ici, les acteurs locaux le disent eux-mêmes : l'étape qui leur paraît essentielle pour véritablement produire cette action négociée, concertée, c'est l'étape de diagnostic territorial. Beaucoup de choses s'y jouent dès lors que ce diagnostic territorial est réalisé par l'ensemble des parties prenantes à l'échelle locale, par des acteurs qui sont reconnus aussi par la méthodologie de projet qu'ils vont mettre en œuvre. Cette étape de diagnostic peut, sur certains territoires, dépassionner le débat, dépolitiser les débats. Elle peut être placée sur un terrain beaucoup plus technique que politique ce qui peut permettre bien évidemment de débloquer un certain nombre de tensions inhérentes à des luttes institutionnelles entre l'État et les collectivités territoriales, mais aussi entre les divers niveaux de collectivité territoriale. Cette étape de diagnostic territorial entraîne ensuite l'élaboration d'un projet, sa mise en œuvre et son évaluation. Nous sommes





donc là sur une dynamique qui ne recoupe pas tout à fait celle du gouvernement à distance, où finalement le contenu et le sens de l'action locale serait totalement orienté par l'État. À travers ces dispositifs que sont les ASV et les CLS, les acteurs locaux peuvent encore prendre leur destin en main et peser sur le contenu des décisions adoptées en matière de santé.

Cette vision-là de la décentralisation et de la territorialisation n'est plus du tout la même aujourd'hui. 35 ans après cette réforme de décentralisation, tout se passe comme si la décentralisation n'était plus appréhendée comme un élément de modernisation du pays mais comme un problème pour le pays. Les glissements sémantiques qui s'opèrent aujourd'hui dans le cadre des récentes réformes territoriales le montrent. En décembre 2010, il ne s'agit déjà plus d'une réforme de décentralisation (ou d'un nouvel « Acte » de décentralisation) mais de la réforme *des collectivités territoriales*. Au travers des textes constitutifs de la dernière réforme en date (entre 2014 et 2015), il s'agit de nouveau de réformer l'action de ces collectivités et de leurs groupements, de réformer aussi l'action de l'État territorial. Tout se passe comme si, pour l'État central, les territoires et leur action posaient problème. Les exposés des motifs introduisant ces réformes faisant suite, eux-mêmes, à la publication de très nombreux rapports publics l'expriment à l'envi. 35 ans après la décentralisation, il est nécessaire de réformer pour traiter les effets induits, voire pervers, de celle-ci : les chevauchements de compétences et redondances d'actions, l'illisibilité des interventions publiques, « la fuite en avant » des budgets locaux, etc. La décentralisation n'aurait pas non plus entraîné ce fameux élan de démocratie participative consistant à associer les citoyens à la construction des politiques publiques qui, pourtant, sont pensées pour répondre à leurs besoins. Cette évolution accentuée aujourd'hui, je crois, la défiance entre les acteurs territoriaux et l'État central.

Dans ce contexte, le troisième temps de cette territorialisation de l'action publique de santé, le plus contemporain, rejoint, sur certains volets, la thèse du gouvernement à distance. Ici, la figure de l'État qu'elle donne à voir est un État qui « fait faire ».

Les modalités de mise en œuvre du programme national nutrition santé et du programme sport santé bien-être illustrent cette thèse du gouvernement à distance, au moins sur deux aspects. S'agissant du programme national nutrition santé (PNNS), Renaud Epstein a évoqué ce

matin quelques uns des instruments de ce gouvernement à distance. Le programme national nutrition santé en propose un. Il s'agit de la charte « ville active » du PNNS, « conseil départemental actif » du PNNS. Ce dispositif ne contraint aucunement les collectivités territoriales à aller vers la mise en œuvre d'une politique construite sur ce déterminant de santé qu'est la nutrition. Par contre, l'État a très bien saisi à quel point comptent, pour les collectivités territoriales et leurs groupements, les enjeux du marketing territorial, de communication territoriale. À travers le PNNS, il n'est pas très contraignant pour une collectivité territoriale d'adhérer à la charte pour obtenir cette labellisation. Même si cette dernière ne lui procure pas d'avantages financiers, elle offre des avantages symboliques d'affichage non négligeables.

Le programme sport santé bien-être est un deuxième exemple qui hybride les deux types de gouvernement : l'institutionnalisation de l'action collective et le gouvernement à distance. Ici, nous avons les deux temps. Les modalités de mise en œuvre du programme sport santé bien-être responsabilisent les acteurs territoriaux de l'État, car ceux des ARS doivent penser avec les agents de la direction régionale jeunesse et sports et cohésion sociale la manière avec laquelle décliner ce plan en région. Le rôle des agents des services déconcentrés reste donc important pour définir conjointement des axes d'intervention. Ils sont par ailleurs invités à associer à la démarche les acteurs mobilisés dans ce champ au sein d'un comité de pilotage. Par contre, et une fois le contenu de ce plan régional adopté, c'est majoritairement à travers l'appel à projets, instrument de gouvernement à distance, que les acteurs locaux sont incités à candidater, à déposer des projets pour être financés au titre du programme régional sport santé bien-être. Là aussi, il n'est pas question de les obliger à participer. Par contre, il leur faut respecter les critères à partir desquels le cahier des charges a été défini s'ils souhaitent être financés.

Quels sont les points qui font débat s'agissant de la territorialisation des politiques de santé ?

Les ASV et les CLS sont des dispositifs qui ont largement favorisé les logiques d'apprentissages cognitifs et organisationnel en faisant se rencontrer des acteurs qui travaillaient très peu ou pas ensemble sur les territoires en matière de santé : l'État et les collectivités territoriales mais aussi des opérateurs et des professionnels de différents champs. Ceci a permis, en région, une capitalisation des expériences qui fait que les négociations entre les acteurs en présence peuvent avancer plus vite aujourd'hui des lors qu'il s'agit d'élaborer, notamment, un contrat local

de santé. Néanmoins, lorsqu'il y a des tensions, elles peuvent porter sur la définition du périmètre territorial d'élaboration du contrat local de santé. Cette définition du périmètre détermine aussi et surtout quelle sera l'institution porteuse de ce CLS. Là, chaque institution a tendance à défendre le périmètre territorial qu'elle estime légitime. L'ARS a découpé le territoire régional en territoires de santé qui ne correspondent pas aux territoires d'action des collectivités territoriales, lesquels ne recoupent pas non plus l'échelle d'action du quartier prioritaire où est implanté l'ASV. Avec le lancement des CLS début 2010, s'est posé immédiatement la question de l'articulation entre ce nouveau dispositif contractuel et les ASV où se déployaient déjà une méthodologie de projet, de la concertation, de la négociation et de l'action collective. Comment articuler ces deux périmètres en milieu urbain ? Cette question s'est posée de la même façon en milieu rural lorsqu'il s'est agi, pour les ARS, de solliciter les conseils départementaux pour être signataires des CLS. Les départements, eux, ont pu organiser le découpage du territoire à travers par exemple des Pays dont le périmètre ne correspondait pas, là non plus, à celui privilégié par l'ARS et les autres niveaux de collectivités territoriales. Là aussi, des conflits ont pu être localement observés.

Un autre point fait tension également, c'est la définition de l'intérêt général localisé en matière de santé. Deux visions émergent ici. Les représentants des ARS soulignent que la territorialisation de la santé doit se faire sur des bases qui n'entendent pas remettre en cause les principes d'égalité de tous devant la santé et l'accès aux soins. Aussi, leur action à travers notamment le CLS, doit leur permettre d'encadrer l'intervention des collectivités territoriales et d'intervenir sur les déséquilibres territoriaux induits notamment par leurs disparités d'engagement ou de ressources disponibles. Ils défendent une conception de leur rôle qui rappelle la figure de l'État républicain aménageur largement associée à une revendication d'égalité territoriale. Cette représentation reste fortement présente chez eux y compris après les lois de décentralisation. Face à ceux-ci, les élus locaux revendiquent leur autonomie et expriment le refus d'être instrumentalisés par l'ARS. Ces constats montrent que les élus locaux souhaitent, bien évidemment, rester maîtres de leur agenda politique. Ils négocient à travers les contrats locaux de santé du « sur mesure territorial » et refusent tout ce qui pourrait ressembler à leur (re)mise sous tutelle par l'État.

Dernier point de tension, la territorialisation des politiques de santé valorise plusieurs mots clés : le partenariat, l'intersectorialité, la globalité. Or, il est difficile de dépasser les logiques sectorielles, au moins pour deux raisons. La première raison est que les acteurs du champ de la santé publique (les coordonnateurs des ASV, les coordonnateurs des CLS, les agents du réseau ARS-DD, etc.) sont amenés à travailler, à composer avec des fonctionnaires territoriaux d'autres services administratifs, avec des élus d'autres services qui n'ont pas été sensibilisés, à travers leur formation initiale et leur mode de socialisation professionnelle, au fait qu'il agissent, à travers leurs compétences et leur action, sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé. Cela explique que pour concevoir une action intersectorielle, les coordonnateurs ASV, les coordonnateurs CLS et les élus en charge de la santé doivent prendre et trouver le temps de convaincre, de faire œuvre de pédagogie, pour expliquer à leurs collègues que leur action a des impacts sur la santé des populations. Ceci est difficile et surtout très chronophage. Or, ce temps long de l'acculturation, de la construction d'une culture commune ne correspond généralement pas au temps du mandat politique.

Sur ce point encore, il peut y avoir également des volontés de la part des diverses institutions de tout simplement camper sur leurs logiques sectorielles. Les agences régionales de santé sont amenées à travailler avec les autres services déconcentrés de l'État en matière de prévention et de promotion de la santé, car ces autres services déconcentrés de l'État ont des compétences sur les déterminants socio-économiques et environnementaux de la santé. Elles doivent également travailler avec potentiellement tous les services administratifs des collectivités territoriales qui œuvrent sur ces mêmes déterminants.

Or, les services déconcentrés de l'État ont toujours été soucieux de préserver leur position, leur autonomie d'action et leur réseau dans l'espace régional. Leur fragilisation suite aux récentes réformes de l'administration territoriale, accentuée ce positionnement, chacun voulant maintenir son influence localement pour exister. Pour cela, ils cherchent à maintenir les relations qu'ils entretiennent avec les collectivités territoriales. Les ARS éprouvent ainsi des difficultés à connaître la réalité sur laquelle elles sont censées intervenir, ce qui fait que tout un pan entier de l'action de santé peut leur échapper, peut échapper à la démarche de contractualisation, notamment des CLS. Par exemple, sur la santé des enfants scolarisés, le Rectorat peut travailler directement avec les collectivités territoriales. Sur la gouvernance alimentaire, les collectivités



territoriales peuvent agir en collaboration avec la Direction régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt ( DRAAF ), etc. Finalement, tout cela explique que, sur les territoires, domine l'impression que les politiques de santé restent, encore aujourd'hui, très fragmentées.

#### **Catherine Richard,**

chargée de la coordination des actions des délégués du préfet, Préfecture de Paris

Initialement, j'étais fonctionnaire hospitalière, puis à Médecins du Monde pour créer la mission banlieue 1992. Ensuite, j'ai été appelée à travailler à la Délégation interministérielle à la ville (DIV), en 1998, après la loi contre les exclusions, le PRAPS. A la DIV, j'ai passé une formation en santé publique, santé développement et médecine tropicale. J'ai pensé qu'en France, tout du moins les collectivités locales, ne connaissent pas l'état de santé de leur population. Alors que dans les pays en voie de développement, c'est la première chose que l'on fait pour agir sur la santé des populations. On s'appuie sur le maire du village et si on veut atteindre la population, on a besoin de connaître la géographie, les distances, les moyens de transport, les usages de la population et les structures évidemment, etc. Bref, de par ces connaissances et suite à une conjoncture politique, l'ingénierie de projets - possible dans le cadre de la politique de la ville- a été une opportunité pour la démarche des Ateliers Santé Ville.

Étant actuellement à la préfecture de Paris, au bureau politique de la ville, j'encadre les délégués du préfet, des professionnels compétents et qui remontent régulièrement les situations dans les quartiers sous forme de notes très explicites. Quand vous parlez des ministères qui restent campés sur leurs compétences, c'est exactement cela. C'est-à-dire qu'à tous les niveaux de l'État, la posture d'intersectorialité demande de faire attention à l'agenda de l'autre, à ses compétences et à ses limites. Par pugnacité, des interventions se déclenchent, des résolutions arrivent. On parle beaucoup des ARS aujourd'hui. En effet, elles vont directement voir les villes pour présenter les CLS. L'État, dans ces cas-là, est présent ou pas, dans le meilleur des cas pour signer le CLS, et peut-être pour rappeler qu'il y a un croisement des regards indispensable à faire. On parlait tout à l'heure de gouvernance, ne serait-ce qu'au niveau local, il est question de savoir comment l'élu politique de la ville travaille avec l'élu politique de santé. Du fait que ce soit la santé, du fait que ce soit la politique de la ville qui a beaucoup de mal à in-

tégrer cette thématique santé... et c'est historique, peut-être due à une certaine représentation de la santé? En dehors de la culture des ARS et des professionnels, la santé resterait un domaine opaque ou trop intime? C'est-à-dire que chacun a une représentation propre de sa santé. Plus vous remontez dans l'échelle sociale, plus la perception de la santé ne comporterait aucun problème. Aussi, on ne parle jamais aux préfets des problématiques de santé. Jamais je n'ai connu une séance de sensibilisation aux inégalités de santé destinée aux préfets. Pourtant, ce sont eux qui représentent l'État, ce sont eux qui impulsent les thématiques prioritaires sur le territoire qui réunissent les déterminants de la santé (emploi, insertion, logement/habitat, cadre de vie, environnement, etc). Concernant la décentralisation, et la situation dans laquelle sont les collectivités locales... Il est possible pour une ville, de faire des démarches de santé publique ASV/CLS/CLSM, des programmes même à court, moyen, long terme, en les planifiant, en s'appuyant sur l'intelligence collective des territoires et au-delà. C'est la question de la présence politique sur le territoire et de la coordination des mandats concernés par le champ de la santé qu'il reste à promouvoir.

#### **Frédéric Jaquet,**

médecin de santé publique, directeur de la santé et de l'hygiène, ville de Nîmes

Je travaille à la ville de Nîmes depuis quelques mois, auparavant, j'étais fonctionnaire d'État à l'ARS Occitanie, et avant, à l'ARS Languedoc-Roussillon. J'ai donc cette culture et ce travail de fonctionnaire d'État, depuis la création des ARS, et même avant puisque j'ai commencé l'aventure au début des années 2000. Ma troisième identité est celle de médecin humanitaire. J'ai un parcours international pendant une quinzaine d'années. Les 10 dernières années, j'étais administrateur national et vice-président de Médecins du Monde. Ce qui me permet aussi d'avoir un regard très décalé par rapport au système de santé ou de soins français. D'ailleurs en France, on emploie indifféremment un terme pour l'autre, ce qui est en soi très significatif.

De ce point de vue, j'ai quelques remarques, qui seront d'ailleurs beaucoup plus issues de mon expérience de fonctionnaire d'État à l'ARS du Languedoc-Roussillon. Puisque pendant les cinq premières années de cette ARS, avant la fusion avec l'Occitanie, je me suis occupé des collectivités territoriales en général et des contrats locaux de santé en particulier. Elles concernent cette démarche à trois temps, sur ces trois



grandes séquences de l'évolution du système. Effectivement, on nous a expliqué qu'il y a 20 ou 30 ans, il y avait un État modérateur, un État-providence, un État planificateur qui organisait tout. L'État moderne se définissait comme un État stratège. Ce qui s'est effectivement mis en place dans les années 1980, jusqu'à la création des ARS, qui ont été définies comme un instrument qui permettrait la construction de stratégies en politique de santé dans les territoires. Tout ce qu'on dit aujourd'hui, et tous les propos que vous avez portés s'inscrivent dans cette période des années 1980, jusqu'aujourd'hui. Nous sommes donc tous les fabricants ou les enfants, ou les héritiers, ou les parties prenantes.

Aujourd'hui, nous sentons bien qu'il se passe des choses. C'est-à-dire qu'effectivement, cette période-là est en train de se terminer, avec tous ces signes annonciateurs bien en place depuis quelque temps. Il fallait être fin, parce que les ARS étaient exactement présentées comme les instruments de cette période que vous décrivez. Je fais donc partie de ces professionnels, sans naïveté certainement, qui ont dit qu'ils allaient jouer le jeu des ARS, et investir ces espaces. Selon les règles décrites précédemment, en fait, nous n'avons rien inventé. Tout cela s'inscrit dans quelque chose qui est très largement mondialisé, notamment sur les contributions financières, les partenariats et les éléments de proximité. À tel point qu'aujourd'hui, on connaît les critères de système de santé moderne, efficaces et qui répondent à ces enjeux-là. Ils sont parfaitement décrits. Nous n'avons même plus à les expérimenter ou à les discuter. C'est la complémentarité des territoires, c'est le système de santé ancré dans la proximité en mettant l'accent sur les soins primaires de santé. C'est l'obligation des usagers. Ce sont les modes de gouvernance partagée, où l'État n'est plus le seul acteur, mais un acteur parmi d'autres. Tout cela a été démontré. Nous avons l'impression qu'en France nous nous sommes un peu pris « les pieds dans le tapis ». De très belles avancées ont été faites. Je crois que les Ateliers santé ville, les CLS en sont des exemples, mais qui ne sont pas uniques. Mais aujourd'hui, nous ne sommes plus au rendez-vous de ces enjeux.

Regardons les choses comme elles sont. Les ARS ont été construites comme des instruments de pilotage stratégique dans les régions. Aujourd'hui, est-ce que les ARS pilotent vraiment la stratégie des politiques de santé en région ? De mon point de vue ce n'est pas le cas. La clé était l'implication de l'ARS dans l'animation territoriale, ce qui veut bien dire que les institutions porteuses de puissance publique s'impliquent dans le territoire, en proximité, pour réunir les conditions nécessaires à la mise en œuvre des politiques de santé. Aujourd'hui, l'ARS

Occitanie ne s'implique plus dans l'animation territoriale. Quand je suis rentré en tant que fonctionnaire d'État, il y avait trois catégories de DASS, A, B, C, avec des effectifs de 50 à 140 emplois à temps plein (ETP). Aujourd'hui, il y a 13 délégations départementales dans la région Occitanie, pour un effectif soles de 21 ETP. La RGPP est donc passée par là, et elle a fait des dégâts considérables. Certes, cela s'inscrit dans un courant positif tel que décrit précédemment, mais qui a aussi d'autres implications, qui ne sont pas que de la régulation financière des dépenses de santé.

Au passage, on n'a pas cherché à se dire comment on peut employer autrement les ressources que l'on engage. Parce qu'on peut se dire que 12% du PIB engagé dans la santé, ce n'est pas rien. À 20 milliards d'euros le % de PIB, c'est confortable. Il ne s'agit donc peut-être pas de rajouter mais de se dire que l'on peut peut-être faire autrement. Par exemple, c'est vrai qu'il y a des énormes problèmes de tension dans la continuité des soins de certains territoires. Mais n'oublions pas de nous dire que nous avons multiplié par trois en 40 ans le nombre de médecins pour 1 000 habitants. Nous n'avons donc peut-être pas un problème de nombre de médecins, mais d'organisation de nos services. Ce qui renvoie à ce qui a été dit sur les organisations modernes.

Les contrats locaux de santé tels qu'ils ont été décrits étaient très peu définis. Le fait qu'ils soient très différents est très rassurant. En effet, puisqu'ils sont différents, cela veut dire qu'il y a eu des démarches authentiques et honnêtes de différenciation en fonction des dynamiques dans les territoires. C'était l'ensemble des champs de compétences de l'ARS qui étaient concernés et pas seulement la prévention. J'ai beaucoup de respect pour la prévention, la question n'est pas là. Mais c'est bien l'ensemble des gens, y compris les filières et les services de santé et des CMS, qui étaient concernés par tout cela, dans une contractualisation à plusieurs acteurs, pluriels, avec des intentions de fluidité, de déségrégation, d'articulation, etc.

Aujourd'hui, qu'en est-il ? Il y a tellement de choses à dire. En Languedoc-Roussillon nous avons essayé de construire les CLS non pas comme des instruments de programmation mais comme des outils de gouvernance. J'avais même interdit, à l'époque, d'utiliser le mot de fiches actions. Je ne voulais pas qu'il y ait un budget pour le CLS. Ils sont là pour que les acteurs se mettent autour d'une table, dans le territoire de proximité, pour examiner chacun, avec leurs leviers d'action, leur politique, à partir d'un diagnostic, des besoins de santé, des mesures au service des gens, les marges d'évolution et d'articulation. Il



Document communiqué en vertu de la loi n° 178 du 6 JANVIER 1978

## DÉBAT

◆ François Jouan,

chef de service santé, ville de Strasbourg

ne s'agit pas de donner des sous en plus au territoire pour les appels à projets. Il s'agit que chaque institution porteuse de politique publique mette sur la table ses leviers, pour les articuler de manière concertée. Le CLS, nous n'en avons fait que l'instrument de gouvernance pour établir ce que vous appelez un gouvernement local.

Aujourd'hui, est-ce que c'est possible ? Cela va devenir très compliqué, parce que le PRS Occitanie est en passe d'être publié. Nous avons souligné que le PRS était trop large, qu'il fallait le resserrer sur les priorités. On a défini 84 priorités. Ce qui en fait est très peu. Parce que ces priorités sont des actions microscopiques, ou très ponctuelles. Par exemple, la mise en œuvre du PNNS, grand enjeu national et territorial, concrètement, c'est de favoriser l'activité sportive dans les écoles primaires. C'est très intéressant, mais est-ce qu'avec cette mesure seule, nous allons modifier quoi que ce soit en matière d'état de santé des populations sur ces sujets-là ? Nous sommes dans des ambivalences et le PRS nous met en difficulté. Le CLS est bien repéré comme un des instruments majeurs de mise en œuvre des déclinaisons du PRS sur les territoires. Mais la déclinaison, c'est quoi ? C'est quelque chose de très vertical, c'est une vision déclinante des choses. J'ai toujours préféré utiliser le terme de déploiement des politiques. Aujourd'hui, le CLS est repéré de manière très claire, sans aucun doute, mais pour décliner dans les territoires les 84 priorités installées du PRS.

Quid de la vision globale ? Quid de l'ensemble des politiques de services de soins et de prévention ? Cela pose vraiment un problème fondamental. D'autant plus, qu'aujourd'hui dans les ARS, nous n'avons plus de référent. Il n'y a plus de personne qui connaisse les dossiers, vers laquelle se tourner. Aujourd'hui, l'ARS Occitanie a choisi un opérateur extérieur, une association, un hôpital, un groupement, etc., pour être le chef de file sur un sujet donné pour toute la région. À sa charge de porter l'animation et la distribution accessoire des financements sur chacun des territoires. C'est l'abandon de la dimension stratégique. L'État stratège aujourd'hui, de fait, n'existe plus, au moins dans les questions de santé.

La ville de Strasbourg a un Atelier santé ville et des contrats locaux de santé de deuxième génération. Je suis aussi un ancien de l'ARS Alsace. Je crois que dans le débat, il manque un acteur, qui pourtant est dans toutes les têtes. C'est l'assurance-maladie. Pourquoi est-il dans toutes les têtes ? Quand vous lisez les PRS, quand vous regardez tous les dispositifs, les appels à projets, le fil directeur théorique et pratique qui est derrière tout cela, c'est quand même de générer des économies pour boucher le trou de la Sécurité sociale. Quand les collectivités, les territoires, essayent, avec leurs petits moyens, de travailler en intersectorialité pour créer les conditions d'un environnement favorable à la santé, quand nous travaillons sur les questions de l'empowerment, sur la capacité à agir des personnes, quand nous menons des actions de prévention et de promotion de la santé, quelque part, nous essayons d'avoir des gains en bien-être, en qualité de vie individuelle et collective. In fine, qui récolte les fruits financiers de ces efforts-là, de ces risques que nous prenons tous collectivement ? C'est l'assurance-maladie.

J'ai l'impression que dans le jeu d'acteurs État/collectivités, ou État/territoires, les dés sont pipés. Parce que globalement, beaucoup d'entre nous, collectivités, partenaires étatiques locaux prennent des risques et finalement, les économies générées, c'est l'assurance maladie qui en récolte les fruits. Nous nous battons avec des budgets et des financements qui sont discutés au niveau régional, avec des enveloppes discutées au niveau national, alors qu'on expérimente au niveau local. C'est pour cela que sur ce sujet-là, nous sommes arrivés au bout du chemin. Tout le monde s'accorde pour dire que les gouvernements, de gauche et de droite, depuis 10, 15 ans ou 30 ans, sont ouverts à la prévention et à la promotion de la santé, mais ils disent que c'est compliqué en termes de financement et de budget. Aujourd'hui il faut aller plus loin et expérimenter de nouveaux modèles de financement de la prévention et de la promotion de la santé, où nous pourrions insuffler des expérimentations. Qu'ils se nomment contrats à impact social ou autre, il faudrait des modèles avec des retours sur investissement pour ceux qui prennent des risques, pour générer économies et donc des retours sur investissement, de façon à financer de manière pérenne nos actions expérimentales. Cela a été fait dans d'autres territoires. ■■■■■



# DOCUMENT n° 7

Les appels à projets

Publié par ADMICAL, le portail du mécénat, le 05 Septembre 2018

## L'Ideas Box Prévention Santé, le nouvel appel à projets de La Fondation CNP Assurances

Fortes de la réussite d'une première implantation à Boulogne-sur-Mer, Bibliothèques Sans Frontières et la Fondation CNP Assurances lancent un nouvel appel à projets auprès des collectivités locales de France métropolitaine pour implanter sur leur territoire l'Ideas Box Prévention Santé.

Médiathèque en kit, prête à l'emploi et transportable, l'Ideas Box Prévention Santé tient sur deux palettes et s'ouvre en moins de 20 minutes pour créer un espace de 100 m<sup>2</sup> qui permet aux jeunes d'accéder à des ressources d'éducation à la santé, de participer à des animations d'éducation à la santé et de créer des projets en lien avec la santé.

### **Une première expérience menée dans le Pas-de-Calais**

Depuis fin 2017, l'Ideas Box Prévention Santé est à disposition des habitants de la communauté d'agglomération du Boulonnais dans le Pas-de-Calais. C'est en effet ce territoire qui a remporté le premier appel d'offres lancé par la Fondation CNP Assurances en avril 2017.

Avec pour objectif de mettre les jeunes en position d'acteurs et de les sensibiliser sur la nécessité de prendre en main leur santé, l'Ideas Box Prévention Santé implantée dans le Boulonnais se concentre sur 2 thématiques principales : les « relations affectives et sexuelles » et le « bien-être et le mal-être ». Un an après, le retour d'expérience s'avère très positif grâce à cet outil qui facilite les échanges et qui favorise la mise en place d'activités de prévention santé auprès des enfants, adolescents et jeunes adultes.

### **Dupliquer le dispositif dans de nouvelles collectivités**

Dans le cadre de leur engagement pour la réduction des inégalités sociales de santé, la Fondation CNP Assurances et Bibliothèques Sans Frontières proposent cette année encore aux collectivités locales de les appuyer dans la mise en place de l'Ideas Box Prévention Santé sur leur territoire.

**Du 3 septembre au 31 octobre 2018**, toute collectivité intéressée est invitée à remplir un dossier de candidature. Les dossiers devront présenter un projet portant sur la thématique des relations affectives et sexuelles ou du mal-être et bien-être.

Un jury, composé de membres de la Fondation CNP Assurances et de Bibliothèques Sans Frontières ainsi que de personnes qualifiées dans le domaine de la santé, étudiera ensuite les dossiers.

Le lauréat sera annoncé le 20 novembre 2018. Il pourra ainsi disposer d'une Ideas Box Prévention Santé pendant 12 mois. La Fondation CNP Assurances et Bibliothèques Sans Frontières s'engagent en parallèle à l'accompagner dans la mise en oeuvre de son projet.

8 septembre 2017

Jean-Noël Escudié / PCA



## Santé - Projet territorial de santé mentale : quelle place pour les collectivités ?

Santé, médico-social, vieillissement

Social

Dix-huit mois après la loi du 26 janvier 2016 rénovant notre système de santé, un décret paru cet été est venu préciser les modalités d'élaboration et de mise en œuvre du projet territorial de santé mentale, prévu par son article 69. En dépit de sa dominante sanitaire, ce texte concerne également les collectivités territoriales, déjà bien engagées dans les conseils locaux de santé mentale.

### Une dimension d'accompagnement social et médicosocial

Le décret confie trois missions principales au projet territorial de santé mentale. Celui-ci doit tout d'abord favoriser la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médicosocial de la personne dans son milieu de vie ordinaire, "en particulier par le développement de modalités d'organisation ambulatoires dans les champs sanitaire, social et médicosocial". Le projet doit ensuite permettre la structuration et la coordination de l'offre de prise en charge sanitaire et d'accompagnement social et médicosocial. Enfin, il doit déterminer le cadre de la "coordination de second niveau" et la décliner dans l'organisation des parcours de proximité, qui s'appuient notamment sur la mission de psychiatrie de secteur.

La coordination de second niveau s'entend comme devant garantir l'accès des personnes atteintes de troubles psychiques à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées (promotion de la santé mentale, amélioration continue de l'état de santé physique et psychique des personnes, promotion des capacités des personnes et maintien ou engagement dans une vie sociale et citoyenne active), lorsque celles-ci ne sont pas présentes à proximité. Cette coordination de second niveau s'exerce notamment au sein des secteurs de psychiatrie. Sa dimension médicosociale implique les collectivités, à travers des dispositifs comme le "logement d'abord" ou l'accès aux droits.

Il appartient au directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) d'arrêter - pour une durée de cinq ans - le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale après consultation des acteurs locaux et avis des conseils locaux de santé ou des conseils locaux de santé mentale, ainsi que du conseil territorial de santé. L'élaboration du projet doit s'assurer de la cohérence avec le projet médical partagé du ou des groupements hospitaliers de territoire (GHT) concernés.

### Six priorités pour le projet territorial

En termes de contenu, le décret du 27 juillet 2017 fixe six priorités au projet territorial de santé mentale. La première porte sur l'organisation des conditions du repérage précoce des troubles psychiques, sur l'élaboration d'un diagnostic et sur l'accès aux soins et aux accompagnements

sociaux ou médicosociaux. A ce titre, le projet doit notamment s'appuyer sur la mobilisation et la sensibilisation des acteurs au repérage précoce des troubles, "notamment les professionnels de la petite enfance, les professionnels de l'Education nationale, de l'enseignement supérieur, de l'aide sociale à l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse", ainsi que sur "les acteurs sociaux et médicosociaux".

Seconde priorité : l'organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale. Les actions en faveur de l'accès au logement, à l'emploi ou à la vie sociale s'inscrivent dans ce second axe.

La troisième priorité concerne l'organisation des conditions de l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins.

## **Une date limite fixée au 29 juillet 2020**

La quatrième priorité porte sur l'organisation des conditions de la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence, incluant notamment l'organisation des urgences psychiatriques et l'organisation d'un suivi en sortie d'hospitalisation, "au besoin par un accompagnement social ou médicosocial, pour éviter les ruptures dans les parcours de soins".

La cinquième priorité vise l'organisation des conditions du respect et de la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et la lutte contre la stigmatisation de ces troubles. Cela englobe en particulier le soutien aux groupes d'entraide mutuelle (GEM) et la participation de représentants des patients et des familles à "des espaces de concertation et de coordination locales, notamment les conseils locaux de santé mentale ou toute commission créée par les collectivités territoriales ayant pour objet la santé mentale".

Enfin, la sixième priorité - plus généraliste, voire assez floue - concerne l'organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

Le projet territorial de santé mentale doit être élaboré dans un délai de 36 mois à compter de la publication du décret, soit avant le 29 juillet 2020. A défaut, le directeur général de l'ARS pourra prononcer un "défaut d'élaboration".

*Références : décret 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale (Journal officiel du 29 juillet 2017).*



**Le CLS est une réponse adaptée au plus près des besoins de la population.**

Les initiatives sont souvent dédiées à la promotion et la prévention de la santé. Le CLS incite aussi à élargir le champ de la contractualisation à l'ensemble des domaines d'intervention des partenaires signataires comme, par exemple, les soins de premier recours et l'accompagnement médico-social.

Le CLS facilite les parcours de soins et de santé par la prévention et / ou l'accompagnement médico-social. Il prend aussi en compte les autres facteurs qui ont une incidence sur la santé et la vie des populations comme le logement, l'environnement, l'éducation, les relations sociales ou la mobilité.

**Les deux enjeux prioritaires du CLS pour les territoires sont :**

- la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé,
- la mise en œuvre des solutions pour une offre de santé de proximité.

Ces objectifs sont déterminés par les deux constats suivants :

- 70% de notre santé sont influencés par notre environnement,
- 30% de notre santé sont influencés par notre système de soins.

## Fiche presse

### Signature des Contrats Locaux de Santé II de la Ville et de l'Eurométropole de Strasbourg.

#### Présentation des CLS II

Les Contrats Locaux de Santé sont des outils territoriaux qui permettent de mettre en œuvre des actions adaptées pour répondre au mieux aux besoins des populations. Ce sont des dispositifs de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Ils constituent la partie santé des Contrats De Ville.

Les CLS sont travaillés dans une dynamique collective entre différents partenaires responsables en santé sur le territoire. C'est un dispositif participatif qui définit :

- Une stratégie et des objectifs communs,
- Un programme d'actions pluriannuel co-construit à partir des besoins locaux,
- Un suivi de la mise en œuvre et une évaluation des résultats conjoints.

L'élaboration des contrats a été réalisée avec le concours de nombreux acteurs : des partenaires institutionnels, professionnels de santé, professionnels des secteurs médico-social et social et du milieu associatif ont été associés à l'ensemble des groupes de travail.

**Les signataires : « une montée en puissance du partenariat ».**

Le CLS 1<sup>ère</sup> génération (2012-2014) comptait 8 signataires : la Ville de Strasbourg, l'Agence Régionale de Santé d'Alsace, la Préfecture de la Région Alsace, et du Bas-Rhin, le Régime Local d'Assurance Maladie d'Alsace Moselle, l'Education Nationale, La Mutualité Française d'Alsace, les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Bas-Rhin.

**Le CLS 1 a permis de mobiliser plus de 1,6 million d'euros (Ville et partenaires) sur le territoire pour faire vivre des actions au bénéfice des strasbourgeois.**

Le CLS II Ville de Strasbourg concerne 14 signataires et le CLS II Eurométropole de Strasbourg 17. Leur durée est de cinq années, de 2015 à 2020.



## Le CLS II de la Ville de Strasbourg

Les actions suivantes sont inscrites au CLS II de la Ville de Strasbourg :

### 17. Le dispositif « Sport-santé sur ordonnance »

L'expérimentation « Sport-santé sur ordonnance » (SSSO) est née de la volonté conjointe des signataires du CLS, et a pour objectif principal de favoriser la pratique d'une activité physique régulière, modérée et adaptée à l'état de santé des malades chroniques, dans une optique de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Depuis le 5 novembre 2012, la Ville de Strasbourg expérimente ce dispositif innovant. Plus de 180 médecins généralistes ont signé la Charte d'engagement « Sport-santé sur ordonnance ». Ils peuvent donc prescrire à leurs patients une activité physique modérée et régulière.

Le CLS de la Ville de Strasbourg de deuxième génération prévoit les modalités de pérennisation du dispositif SSSO. Cette action expérimentale anticipe le projet de loi santé, (Article additionnel de M<sup>me</sup> Fourmeyron 27/03/2015 après l'article L. 1142-29 du code de santé publique) : « Dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une maladie de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient. »

La Ville de Strasbourg a ainsi toute la légitimité pour organiser les premières assises européennes Sport-santé sur ordonnance qui auront lieu les 14 et 15 octobre 2015.

### En février 2015, 900 personnes ont bénéficié du dispositif.

### 18. Le dispositif PRECOSS (Prise en charge coordonnée des enfants en surpoids ou obèses)

Lancé en avril 2014, PRECOSS est un dispositif expérimental de proximité qui vise à optimiser la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans, en surcharge pondérale ou obèses, grâce à une approche pluridisciplinaire autour du médecin généraliste ou pédiatre. Ce dispositif a tout d'abord été expérimenté dans trois quartiers identifiés comme prioritaires : Neuhof, Hautepierre et Cité de l'III.  
Dans le cadre du CLS II, il va être étendu à l'ensemble de la Ville de Strasbourg et aux enfants et adolescents jusqu'à 18 ans

Le dispositif offre gratuitement aux enfants et à leur famille une prise en charge pluridisciplinaire par une infirmière coordinatrice, une diététicienne, une psychologue et un éducateur médico-sportif. Cette prise en charge s'articule autour du médecin de l'enfant et de sa famille, en lien avec les services de la PMI et de la santé scolaire de la Ville de Strasbourg.

Contact presse  
Sylvie Cerf. Tél. : 03 68 98 70 32 - Mail : [sylvie.cerf@strasbourg.eu](mailto:sylvie.cerf@strasbourg.eu)

3

A ce jour, 113 enfants et leurs familles bénéficient du dispositif depuis son lancement, en avril 2014. Ce résultat dépasse les estimations initiales.

### 19. Les parcours urbains Vitaboucié

Ce dispositif a été conçu par la Ville et l'Eurométropole de Strasbourg pour faciliter la pratique d'une activité physique gratuite et en plein air. Actuellement au nombre de 4, ces boucles seront amenées à s'étendre sur l'ensemble du territoire de l'Eurométropole dans les années à venir. Ces circuits permettent d'emprunter des zones calmes, agréables et vertes comme les cours d'eau et les parcs naturels.

### 20. Les Maisons Urbaines de Santé (MUS)

La Maison Urbaine de Santé est une déclinaison locale des maisons de santé pluridisciplinaires, dispositif qui permet de rassembler dans un même lieu des professionnels de santé libéraux issus de disciplines différentes (médicales, paramédicales, sociales) offrant des soins courants à la population et des dispositifs de prise en charge spécifiques tels que : un point d'accueil et d'écoute jeunes (PAEJ), une microstructure pour les personnes souffrant d'addiction...

En avril 2010, la première MUS a ouvert ses portes au Neuhof et a posé les bases d'un travail partenarial pour les projets développés par la suite dans le cadre du CLS.

La Maison Urbaine de Santé du quartier de l'III, (deuxième MUS) labellisée par l'ARS et inaugurée le 26 février 2014, compte 3 médecins généralistes, une infirmière et un kinésithérapeute, un Point d'Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ) et une microstructure.

La Maison Urbaine de Santé de Hautepierre, (troisième MUS) installée dans des locaux provisoires, a été labellisée par l'ARS en décembre 2014. Elle compte à ce jour 3 médecins généralistes, 3 infirmières et des vacations de sages-femmes.

Une quatrième Maison Urbaine de Santé est en cours de création à Kœnigshoffen : projet porté par l'association Joie et Santé Kœnigshoffen (JSK), il prévoit de regrouper 3 médecins généralistes, 2 kinésithérapeutes, un Service de Soins Infirmiers à Domicile et un Centre de Soins Infirmiers.

Les bénéfices attendus de MUS sont, pour les professionnels, une amélioration des conditions d'exercice, et pour les habitants, la possibilité d'accéder en un lieu unique à une offre de soins diversifiée et coordonnée.

### 21. Les aires de jeux sans tabac

La Ville de Strasbourg a généralisé le 30 mai 2015, en association avec le Comité du Bas-Rhin de la Ligue Contre le Cancer, la labellisation « Espace sans tabac » aux 86 aires de jeux de la Ville. Elle est ainsi la première Ville de France à interdire le tabac dans toutes les aires de jeux pour enfants de son territoire. Elle précède ainsi le décret interdisant le tabac dans les aires de jeux au niveau national. Ce décret a été

Contact presse

Sylvie Cerf. Tél. : 03 68 98 70 32 - Mail : [sylvie.cerf@strasbourg.eu](mailto:sylvie.cerf@strasbourg.eu)

4



annoncé par la Ministre de la santé Marisol Touraine, et sera publié à la fin du mois de juin.

Les objectifs de cette généralisation de l'interdiction de fumer aux aires de jeux sont de prévenir la tabagie des jeunes, d'encourager et d'accompagner l'arrêt du tabac, d'éliminer l'exposition au tabagisme passif et de préserver les enfants des risques d'ingestion de mégots de cigarette et de brûlures.

Strasbourg anticipe et innove en accompagnant sur son territoire les recommandations nationales de santé publique, notamment les objectifs suivants :

- protéger les enfants et les jeunes pour qu'ils ne commencent pas à fumer, éviter l'entrée dans le tabagisme,
- inciter les fumeurs à arrêter, et les y aider par un renforcement de l'aide au sevrage.

#### • La salle de consommation à moindre risque (SCMR)

L'ouverture de cette structure est subordonnée à l'adoption par le Parlement des dispositions législatives autorisant le dispositif.

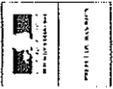
Si la politique de réduction des risques (RDR), mise en œuvre à la fin des années 1990 en raison des ravages causés par le SIDA (VIH) chez les usagers de drogues (UD), a porté ses fruits en termes de limitation des contaminations au VIH et des overdoses, d'autres maladies infectieuses sont apparues depuis qui touchent le même public. Pour diversifiées et adaptées qu'elles soient, les modalités de RDR actuelles ne parviennent pas à juguler aussi efficacement que cela a été le cas pour le VIH les contaminations dues aux virus de l'hépatite C et de l'hépatite B chez les usagers de drogues.

La marginalisation et la précarisation grandissante des usagers de drogues les éloignent des dispositifs d'accueil, de RDR et de soins. Elles contribuent au maintien de pratiques à risques persistantes qui s'effectuent alors dans de mauvaises conditions sanitaires. Il est par conséquent nécessaire d'entrer en contact avec ces consommateurs pour leur transmettre les informations et les conseils visant des pratiques sans risques sur le plan sanitaire.

Dans les différents pays où existent des salles de consommation à moindre risque, comme la Suisse ou l'Allemagne, on constate qu'elles facilitent l'accès aux soins des usagers qui les fréquentent.

Le plan gouvernemental 2013-2017 prévoit d'expérimenter « l'ouverture d'une salle de consommation à moindre risque (SCMR) à Paris dans un premier temps, puis dans une ou deux autres villes, sur la durée du plan ».

La Ville de Strasbourg a fait acte de candidature officielle pour la création d'une SCMR. Cet engagement a été exprimé dès 2011 lors du Colloque « Les salles de



consommation à moindre risque : Si nous dépassionnons le débat ? » organisé au Parlement européen par l'association ITHAQUE.

Il a été confirmé officiellement en 2012 par un courrier du Maire de Strasbourg à la Présidente de la MILDECA (Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives). Enfin, le soutien à l'expérimentation d'une SCMR a été réitéré en 2014 pendant la campagne municipale. Lors de la présentation de la délibération sur la SCMR au Conseil Municipal, un débat apaisé et constructif a eu lieu. Aucun vote contre cette délibération n'a été exprimé.

#### Engagements humains et financiers

Les partenaires du CLS II de la Ville de Strasbourg garantissent des engagements tant humains que financiers afin de mener à bien les différents projets du contrat.

#### Pour la Ville de Strasbourg :

La valorisation des personnes travaillant sur le CLS II pour une année est de **190 000€**, soit 3.5 temps plein de chargés de projets (dont 1 pour le pilotage des CLS) ; du temps de travail de chefs de service (soutien à l'autonomie, promotion de la santé) ; 2 éducateurs sportifs à temps plein et 1 administratif à temps plein pour sport santé sur ordonnance), ....

Outre les engagements humains, la Ville de Strasbourg souhaite mobiliser pour la première année du contrat **440 000 €** pour mener à bien l'ensemble des projets identifiés.

Pour la première année du contrat, la Ville de Strasbourg s'engage ainsi à mobiliser **630 000€**.

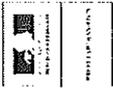
#### Pour l'ARS :

L'ARS s'engage d'ores et déjà à financer plusieurs dispositifs, dont :

- le dispositif PRECCOSS (Prise En Charge Coordonnée de l'Obésité et du Surpoids à Strasbourg),
- le dispositif Sport Santé Sur Ordonnance,
- la création de Maisons Urbaines de Santé (MUS).

Les montants financiers alloués aux actions pour lesquelles l'ARS s'engage à soutenir sur la durée du contrat seront définis annuellement dans le cadre de la campagne budgétaire et dans la limite des moyens disponibles.

Pour 2015, ces montants s'élevaient à **275 000 €**. Cette somme sera amenée à augmenter au cours des années suivantes.



concertation sanitaires. Ainsi, le CLSM du territoire de l'Eurométropole a été installé officiellement le 13 juin 2013.

**Pour l'Etat :**

Au titre de la politique de la ville : 100.000 € sont attribués pour les ateliers santé ville et soutien de différents dispositifs (adultes relais, appels à projets contrat de ville).

Différents dispositifs du Centre National pour le Développement du Sport (CNDS) sont mobilisables au titre de la politique de soutien à la santé par le sport. La DRJSCS (Direction Régionale Jeunesse et Sports et Cohésion Sociale) s'engage à mobiliser des financements et le CNDS pour le financement d'actions du CLS.

**Pour le Régime Local d'Assurance Maladie :**

Le conseil d'administration du Régime Local d'Assurance Maladie d'Alsace Moselle a validé un droit de tirage maximum de 100.000 € par an pour les actions incluses dans le CLS et qui relèvent de ses priorités.

**Pour les HUS :**

Dans le cadre de SSSO, les HUS contribuent à la pérennisation du dispositif Sport santé par la mise à disposition d'un temps de coordination médicale à hauteur de 10.000€ par an.

**Pour la MFA :**

Les moyens humains mobilisables sont le temps de travail d'1 cadre et de 3 chargées de missions et du temps de travail de professionnels de santé et du social (conseillère conjugale et familiale, chirurgiens dentistes....). Les moyens financiers mobilisables s'élèvent à 45.290 € par an.

Les autres partenaires s'engagent à contribuer aux différentes actions du CLS II, en fonction de leur priorité, tant en termes de moyens humains que financiers.

L'enveloppe globale du CLS II de la Ville de Strasbourg, pour sa première année, prévoit des engagements financiers de plus de 1 million d'Euros. Pour la durée du contrat (2015-2020) 5 millions d'euros seront engagés pour améliorer la santé des strasbourgeois.

**Le CLS II de l'Eurométropole de Strasbourg**

Les actions suivantes sont inscrites au CLS II de l'Eurométropole de Strasbourg

**La santé mentale : coordination d'actions**

Partant du constat que 80% des personnes relevant d'un dispositif sanitaire de santé mentale sont prises en charge en ambulatoire à proximité de leurs domiciles, il a été décidé de créer un Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) sur le territoire de l'Eurométropole, échelle particulièrement pertinente en termes d'organisation, et de

Contact presse

Sylvie Cerf. Tél. : 03 68 98 70 32 - Mail : [sylvie.cerf@strasbourg.eu](mailto:sylvie.cerf@strasbourg.eu)

**La santé environnementale**

Cet axe prévoit notamment la création d'un poste de conseil médical en environnement intérieur.

Pour répondre notamment à l'accroissement des pathologies allergiques liés à cette situation, le métier de Conseiller Médical en Environnement Intérieur (CMEI) a été développé par l'unité de pneumologie des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg dans l'objectif d'améliorer la prise en charge des patients.

Le CMEI va au domicile des patients après un diagnostic médical pour évaluer l'exposition aux polluants intérieurs de l'environnement intérieur et proposer des mesures d'éviction ciblées et globales.

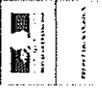
Cet axe prévoit également de réaliser une évaluation d'impact sur la santé dans le cadre d'un projet d'évolution urbaine.

**L'observatoire des données de santé**

Les actions de santé publique gagnent en efficacité lorsqu'elles sont élaborées à partir d'une connaissance fine des problèmes spécifiques de santé par territoire. Une telle démarche a été débutée avec les premières versions des CLS et a permis de créer une dynamique partenariale sur des travaux innovants en matière d'observation locale en santé : découpage pertinent des territoires, analyse de la démographie médicale de premier recours, analyse de la consommation de soins, analyse des données des activités des services de santé scolaire. Cette démarche a démontré l'intérêt de disposer d'indicateurs significatifs pour objectiver les inégalités sur les territoires et orienter les actions menées.

Contact presse

Sylvie Cerf. Tél. : 03 68 98 70 32 - Mail : [sylvie.cerf@strasbourg.eu](mailto:sylvie.cerf@strasbourg.eu)



**Engagements des villes de Schiltigheim et d'Illkirch-Graffenstaden dans le cadre du CLS II :**

Ces villes souhaitent en effet grâce à l'impulsion du CLS II renforcer des actions sur plusieurs axes :

Pour exemple :

- 1. La Ville de Schiltigheim souhaite notamment mettre en place un Conseil Local de Santé Mentale en direction des enfants des écoles et des collèges. Elle souhaite aussi promouvoir une alimentation équilibrée et une hygiène de vie saine pour les familles dans le cadre du Projet Educatif Local de Schiltigheim.
- 2. La Ville d'Illkirch-Graffenstaden souhaite notamment mettre en place la Semaine d'Information en Santé Mentale (SISM) sur son territoire en lien avec le CLSM d'Illkirch-Graffenstaden, et s'inscrire dans le dispositif Sport santé sur ordonnance.

**Engagements humains et financiers des partenaires des CLS II**

Les partenaires du CLS II de l'Eurométropole garantissent les engagements tant humains que financiers afin de mener à bien les différents projets.

La valorisation des personnes travaillant sur le CLS au sein de l'Eurométropole est de **55 000€**. L'Eurométropole soutient également, chaque année, à hauteur de **20 000€** l'observatoire régional de la santé.

L'ARS s'engage d'ores et déjà à financer des actions et dispositifs comme, par exemple, le financement du poste de coordonnateur dans le cadre du Conseil Local de Santé Mentale ou la réalisation de l'étude d'impact en santé.

Les montants financiers alloués aux actions pour lesquelles l'ARS s'engage à soutenir sur la durée du contrat seront définis annuellement dans le cadre de la campagne budgétaire et dans la limite des moyens disponibles.

**Les autres partenaires contribueront en fonction de leur priorité tant en moyens humains que financiers.**

**Les 14 signataires CLS II Ville de Strasbourg sont :**

La Préfecture de la Région Alsace et du Bas-Rhin, la Ville de Strasbourg, l'Agence Régionale de Santé d'Alsace (ARS), l'Education Nationale, le Régime Local d'Assurance Maladie d'Alsace Moselle, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) du Bas-Rhin, la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) du Bas-Rhin, la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT) Alsace Moselle, l'Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie

Contact presse

Sylvie Cerf. Tél. : 03 68 98 70 32 - Mail : [sylvie.cerf@strasbourg.eu](mailto:sylvie.cerf@strasbourg.eu)

(UGECA), la Mutualité Française Alsace (MFA), les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS), la Fondation Vincent de Paul, le Centre Hospitalier d'Erstein, l'Etablissement Public de Santé Alsace Nord (EPSAN).

Les 17 signataires CLS II Eurométropole sont : les mêmes que les signataires du CLS II de la Ville de Strasbourg et l'Eurométropole de Strasbourg, les villes de Schiltigheim et d'Illkirch-Graffenstaden.

Toutes les informations sur les Contrats Locaux de Santé de Strasbourg et de l'Eurométropole de Strasbourg sont sur : [www.strasbourg.eu](http://www.strasbourg.eu) et [www.ars.alsace.sante.fr](http://www.ars.alsace.sante.fr).

Contact presse

Sylvie Cerf. Tél. : 03 68 98 70 32 - Mail : [sylvie.cerf@strasbourg.eu](mailto:sylvie.cerf@strasbourg.eu)

## ACTIVITE PHYSIQUE



Des communes s'engagent  
**Pourquoi pas la vôtre ?**



S'informer

Comment agir

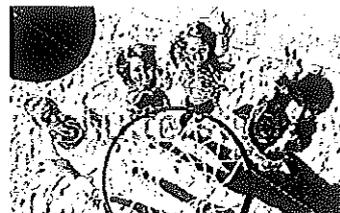
S'inspirer

> Comment agir

## Les différents axes d'intervention

La mise en œuvre de la mesure 11-1 du Plan cancer 2009-2013 «**Informer les élus et fonctionnaires territoriaux sur les liens entre nutrition et cancers et sur le rôle de l'activité physique dans leur prévention**» passe par des actions déjà mises en œuvre au plan territorial.

Les élus locaux disposent de plusieurs axes d'intervention possibles pour favoriser le développement de l'activité physique dans leurs communes, quelle qu'en soit la taille ou l'organisation.



## Aménager le territoire et les équipements sportifs

Mis à jour le 19/12/2012

En assurant la construction, l'accessibilité, l'entretien des bâtiments et des espaces publics ainsi que leur promotion auprès de la population, les collectivités locales contribuent de fait au développement et à la promotion des activités physiques et/ou sportives.



Les collectivités locales ont, par le biais de leur action sur l'aménagement du territoire, un effet levier pour la promotion de l'activité physique. L'aménagement de pistes cyclables, avec possibilité ou non de louer des vélos, et la sécurisation des itinéraires favorisent l'activité physique dans les déplacements au quotidien. De la même manière, dans de nombreuses communes, les familles se sont organisées pour mettre en place des pédibus. Dans ce cadre, certaines d'entre elles ont fait le choix, de matérialiser des parcours vers les écoles (marquage de pieds de couleurs au sol), en évitant éventuellement les grands axes de circulation.

Les collectivités locales sont les premières propriétaires d'équipements sportifs [1] qu'elles exploitent et mettent à disposition des populations dans un cadre conventionnel (scolaires ou associations sportives) ou de manière «auto-gérée», dans des créneaux horaires non-encadrés en direction des particuliers pour une pratique autonome, tout en garantissant la surveillance du bâtiment pour des raisons de sécurité et de responsabilité (présence du gardien).

Par ailleurs, il est important d'encourager et de soutenir la création, l'entretien et la promotion d'espaces autorisés à la pratique d'activités physiques au sein de l'ensemble des espaces verts et publics. Ceci permet une mixité des publics et des usages, dans un environnement balisé et prévu à cet effet.

Enfin, de nombreuses collectivités ont créé des «parcours de santé», généralement dans un environnement naturel qui arrive peu à peu dans l'environnement urbain. Il s'agit principalement de circuits balisés sur lesquels des agrès ou ateliers ont pu être positionnés pour des exercices guidés.

[1] Base de données du recensement des équipements sportifs, espaces et sites de pratiques (RES) : <http://www.res.sports.gouv.fr/>

## Développer l'offre sportive

Mis à jour le 19/12/2012

Pour ce faire, les communes peuvent mobiliser leurs services des sports quand ils existent et/ou s'appuyer sur les associations sportives de la commune pour mettre en œuvre des initiatives à destination des populations.

La mobilisation peut se faire :

- o dans un cadre événementiel sur la base de forum d'associations, d'organisation de tournois ou de compétitions sportives (cross de rentrée, tournoi de pétanque...), d'organisation de ville «plage» pouvant aller d'un week-end à plusieurs semaines en fonction des capacités financières des communes, de mise en place de patinoires mobiles...
- o sur la base d'actions tout au long de l'année grâce au fonctionnement d'écoles municipales de sport, à la mise en place de stages de découverte pendant les vacances scolaires ou à l'accueil spécifique en péri-scolaire. Les communes peuvent aussi apporter un soutien financier aux associations sportives pour leur permettre de développer leurs projets.
- o dans le cadre de projets concertés et expertisés par l'ensemble des acteurs du sport.



La promotion des activités physiques se concrétise aussi par la volonté de certaines communes d'inscrire leurs activités dans le cadre d'un projet sportif redynamisé et structuré. La mise en œuvre d'un diagnostic territorial approfondi (DTA) [1], réalisé avec les services de l'État, peut constituer le départ d'une nouvelle dynamique locale. Ce DTA s'appuie sur un schéma de cohérence territoriale, vecteur de réduction des déficits territoriaux en matière d'équipements de proximité, à partir notamment des données du recensement national des équipements sportifs librement consultable par le public.

[1] Le Diagnostic Territorial Approfondi est une démarche d'analyse de l'offre et de la demande sportives sur un territoire précis. Associant les acteurs concernés, il a vocation à éclairer la population sportive sur un territoire. C'est un outil à la décision qui nourrit les projets des acteurs locaux.



[S'informer](#) [Comment agir](#) [S'inspirer](#) [Mentions légales](#) - © INCa 2013  
[Augmenter le contraste](#)



# DOCUMENT n° 11

DÉSERTIFICATION MÉDICALE 29/06/2018

*Cet article fait partie du dossier : La santé, une mission nouvelle pour les collectivités territoriales*

## Santé : les collectivités ont des idées à faire valoir face à l'impuissance régaliennne

par Emilie Denêtre

Auditionnés jeudi 28 juin à l'Assemblée nationale, les représentants de trois grandes associations d'élus locaux ont été invités à présenter leurs solutions ou leurs visions permettant d'assurer un meilleur accès aux soins des Français. Si tous réclament de « la souplesse » et « un droit à l'expérimentation territoriale », hors de question pour autant de prendre la place de l'État sur cette compétence régaliennne qui relève, selon ces élus, de l'équité territoriale.

L'Association des maires ruraux de France (AMRF), l'Association des maires de France (AMF) et l'Association des départements de France (ADF) étaient invitées ce jeudi 28 juin à témoigner devant une commission d'enquête de l'Assemblée nationale missionnée sur la question de « l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité des politiques publiques ».

Des élus qui, confrontés tous les jours à la pénurie des soins dans les territoires, portent un regard aiguisé sur les solutions à imaginer ou à faciliter mais aussi sur les freins à lever d'urgence.

### • **AMRF : « travailler en amont sur les externes en médecine »**

« Je suis absolument convaincu qu'il faut mettre le paquet sur les externes en 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> ou 6<sup>ème</sup> année de médecine » a pointé Dominique Dhumeaux, vice-président de l'association des maires ruraux de France (AMRF) avant de poursuivre : « hier à 18 heures, 9250 externes ont reçu leur ordre de classement au concours national et ont désormais deux mois pour définir où ils veulent aller et pour faire quoi. Tout se joue dans ces deux mois mais aussi dans les mois qui précèdent ce choix de vie car après... c'est trop tard ! » Le maire de Fercé-sur-Sarthe estime donc qu'un gros travail doit être mené rapidement pour accompagner les externes à découvrir la médecine en milieu rural et faire en sorte « qu'elle devienne pour ces futurs médecins une solution intéressante et non dénigrée par leurs pairs ».

Parmi les freins repérés par le vice-président de l'AMRF, il y a notamment le fait que certains externes renoncent à leur stage en milieu rural faute de pouvoir poursuivre en parallèle leur « petit job d'appoint » qui leur permet de vivre. Il propose ainsi une compensation financière à ces étudiants qui viendraient découvrir l'exercice de leur profession dans des territoires plus excentrés. Enfin, Dominique Dhumeaux appelle les parlementaires à avoir « le courage politique » de limiter « pour une durée donnée le conventionnement des médecins généralistes qui s'installent dans des zones correctement dotées ».

### • **AMF : « remettre l'hôpital au cœur du dispositif »**

Pour Isabelle Maincion, vice-présidente de l'association des maires de France (AMF), il est urgent de « remettre l'hôpital – qui structure le bassin de vie – au cœur du dispositif pour permettre aux

médecins hospitaliers d'assurer des consultations avancées dans les territoires ». Assurant que les « praticiens hospitaliers publics ou privés se montraient de plus en plus favorables sur cette question », la maire de La-Ville-aux-Clerc estime donc que la mixité « des exercices entre l'hôpital, le libéral et le salariat doit être encouragée et facilitée » pour permettre à des expérimentations de voir le jour, ces dernières devant a demeurer « absolument être co-construites avec les médecins et les professions para-médicales ».

Isabelle Maincion fustige par ailleurs le cruel manque de dialogue entre les élus et les directeurs/trices des ARS « qui la plupart du temps ne connaissent pas leurs territoires d'action ». « Des outils existent mais il faut nous laisser la liberté de mener des expériences sur nos territoires pour apporter des solutions pertinentes, adaptées et différenciées » conclut l'élue.

- **ADF : « Recruter directement des médecins pour en finir avec les zones blanches »**

« Nous avons conscience que ce que nous faisons n'est pas l'alpha et l'oméga mais en attendant que l'État trouve des solutions, nous avons fait le choix d'agir » explique André Accary, le président du département de Saône-et-Loire, en présentant le centre départemental de santé qu'il a imaginé pour son territoire. Cette expérience, lancée à l'automne 2017, vise à recruter directement des médecins généralistes afin de répartir leurs compétences sur les 4 pôles du département et les 45 antennes locales. Près de 10 médecins ont déjà signé un contrat de 3 ans avec le département et selon André Accary les recrutements sont en train de monter en puissance.

« Nous proposons des salaires basés sur la grille hospitalière et qui tournent entre 4600 euros et 7000 euros nets avec les heures supplémentaires » détaille l'élue « il nous faut trouver des contrats qui séduisent les praticiens, mais aussi leur proposer de la souplesse dans leur exercice mais aussi pour l'avenir ». Ainsi après les 3 années au service du département, les médecins pourront au choix résigner ou s'installer en libéral dans leur zone d'exercice « sachant qu'ils auront déjà constitué leur patientèle ». Dans les mois à venir, le président de Saône-et-Loire imagine pouvoir recréer un système de garde mais aussi relancer les visites à domicile qui manquent cruellement, « les premières consultations avec nos nouveaux médecins ont été très longues, car nous nous sommes aperçus que les habitants n'avaient pas vu de médecins depuis longtemps. »

**DOSSIER** : Congrès des maires 2018 : un rendez-vous sous haute tension

Dossier publié à l'adresse <https://www.lagazettedescommunes.com/593111/sante-et-culture-meme-combat-pour-des-services-essentiels-de-proximite/>

CONGRÈS DES MAIRES 2018

### Santé et culture : même combat pour des «services essentiels de proximité»

Hélène Girard | Actualité Culture | France | Publié le 22/11/2018

Pour débattre de la problématique de l'accès aux services publics locaux, les maires ont choisi deux secteurs emblématiques : la santé et la culture. Lors d'un débat organisé le 21 novembre dans le cadre du 101ème congrès des maires, qui se tient à Paris, ils ont livré leurs expériences et leurs recettes.



Qu'ont en commun la santé et la culture, les deux fils rouges choisis par l'AMF pour tisser la trame de la session du congrès des maires 2018 consacrée le 21 novembre aux « inégalités d'accès aux services essentiels de proximité » ?

#### « Arme de construction massive »

Il s'agit de deux domaines où les communes sont confrontées aux inégalités d'accès dues à l'absence ou la raréfaction croissante d'équipements publics : on y parle de « déserts médicaux » et de « zones blanches culturelles ». Dans ces deux secteurs, l'Etat est très présent et conduit sa propre politique, via les agences régionales de santé (ARS) et les directions régionales des affaires culturelles (Drac).

En outre, pour nombre d'élus, santé et culture font partie de ce que le CGET <sup>[1]</sup> appelle « le panier de biens essentiels » et constituent des priorités, compte tenu de l'urgence qui prévaut : la lutte contre la désertification médicale et la sauvegarde de la devise républicaine. « La culture est une arme de construction massive. On ne peut pas lutter contre le terrorisme sans politique culturelle », a déclaré Florence Portelli, maire (LR) de Taverny (Val d'Oise) et rapporteure de la commission « culture et patrimoine » de l'AMF.

« La santé ne fait pas partie des compétences naturelles des communes. Mais nous devons prendre le sujet en main, pour faire le lien entre les acteurs et trouver des solutions », a relevé pour sa part Bernard Vauriac, maire de Saint-Jory-de-Chalais et président de la CDC des marchés du PériG'or Limousin-Thiers-Jumilhac.

En expliquant leurs difficultés et les voies par lesquelles ils recherchent des solutions, les maires et les acteurs des deux secteurs qui étaient présents au congrès des maires ont livré par petites touches quelques règles d'or pour combler les vides.

## La carte du maillage

« Il est nécessaire d'avoir des structures pour irriguer le territoire, a plaidé Jean-Marc Vasse, maire de Terre-en-Caux (Seine-Maritime). En matière de création de maisons de santé, par exemple, Cécile Galien, maire de Vorey-sur-Arzon (Haute-Loire) estime qu'il ne faut pas hésiter à faire le tour des cabinets médicaux environnants pour « inciter les médecins à pratiquer le tutorat et accueillir des jeunes praticiens. » C'est ainsi que l'élue a réussi à dépasser l'obstacle de la faible attractivité de son territoire pour les jeunes tout juste sortis de faculté de médecine.

Encore faut-il veiller à la solidité des liens entre les maillons du réseau. « Il faut montrer que les éléments font système et que tout se tient, a expliqué pour sa part Hugo Bévort, directeur des stratégies territoriales au CGET, qui a invité les maires à raisonner en termes de « cohésion » plutôt qu'en « égalité » des territoires.



© Jean-Paul Bounine – AdobeStock

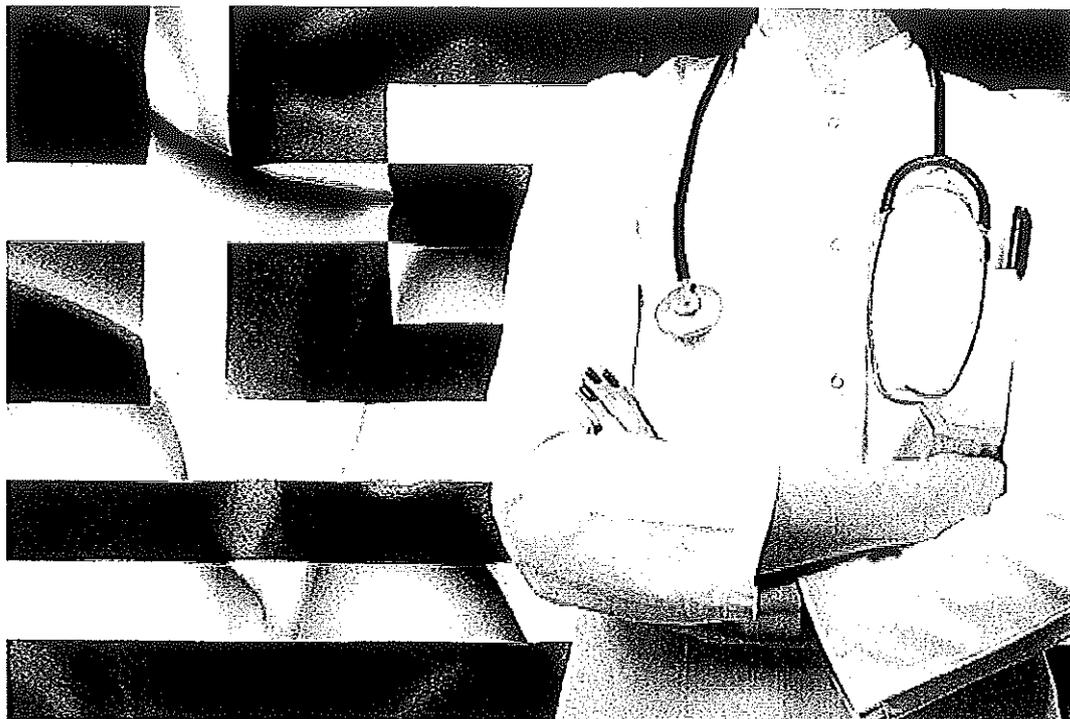
## Oser l'originalité

Nous ne réussissons pas en appliquant des réponses nationales normées, mais en inventant de nouvelles solutions, avec des initiatives des acteurs territoriaux », a expliqué aux maires Patrick Bouet, président du Conseil national de l'ordre des médecins.

Et André Accary, président du conseil départemental de Saône-et-Loire, de donner une traduction pratique de ce

précepte : la création du 1er centre de santé à l'échelle d'un département, avec 4 centres locaux, animés par des médecins « qui n'exercent pas ou qui ont fait le choix du salariat, dans des locaux mis à disposition par les maires ou d'anciens cabinets médicaux qui ne sont plus utilisés », précise le patron du département. Cette solution inédite est mise en œuvre depuis janvier dernier.

Pour sa part, Laurent Roturier, président de la l'Association des directeurs régionaux des affaires culturelles (Drac) a tenu à bannir l'expression « zone blanche culturelle » <sup>(1)</sup> <sup>(2)</sup> « Il y a certes des territoires éloignés de l'offre culturelle traditionnelle – environ les 2/3 des territoires – mais cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas de capacité de développement ».



## Jouer la mobilité

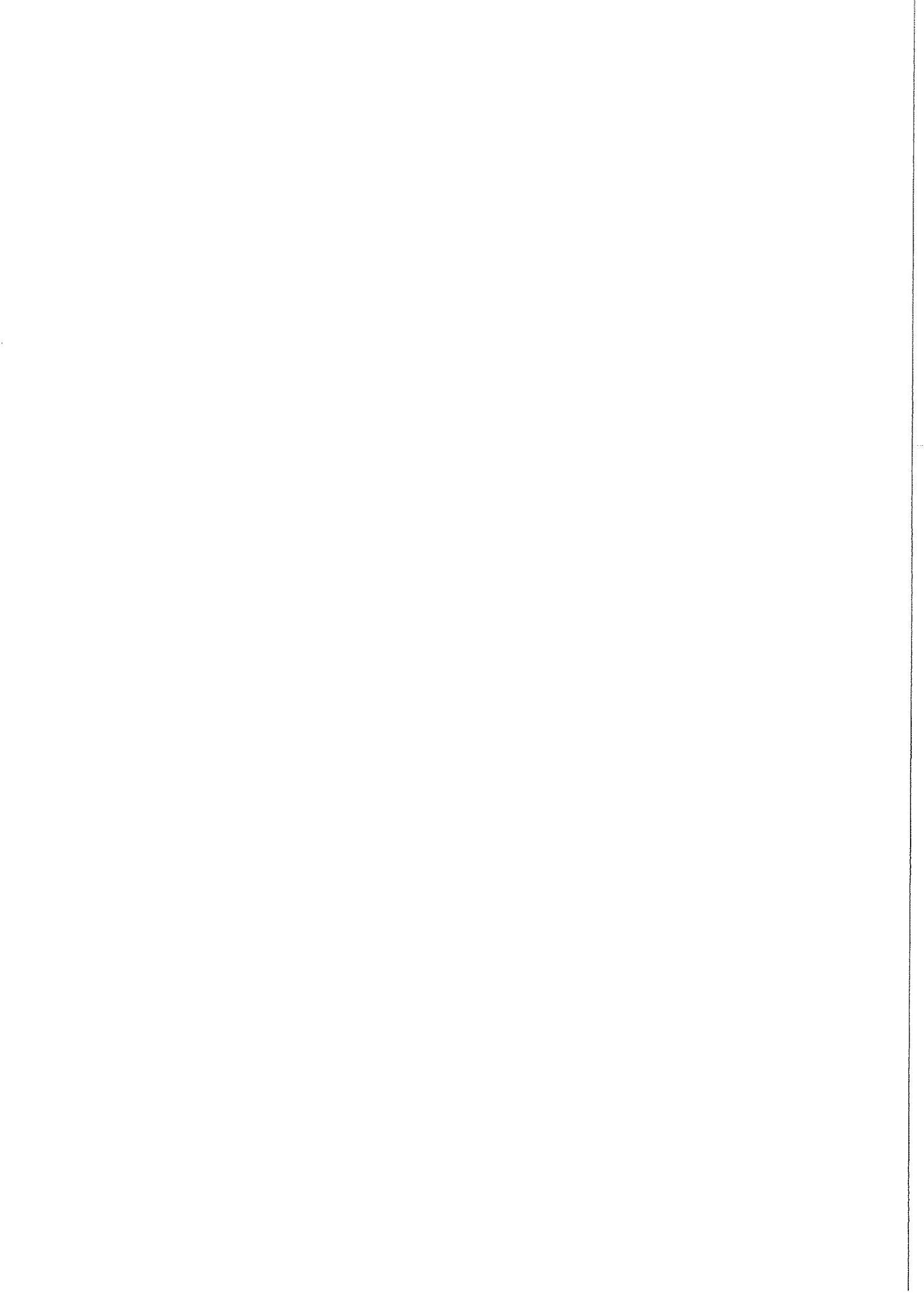
« Pour être heureuse, la ruralité doit être mobile », a plaidé Olivier Paz, maire de Merville-Franceville (Calvados) et président de Normandie Cabourg Pays d'Auge, qui est engagé avec 4 autres présidents de CDC au sein d'une « entente sur la mobilité <sup>[3]</sup> ».

Jean-Marc Vasse (Terre-en-Caux) a plaidé pour l'itinérance, à travers l'exemple de Ciné Seine <sup>[4]</sup>, une société publique locale (SPL), qu'il a créée avec six autres communes et EPCI <sup>(2)</sup> <sup>[5]</sup>, pour sillonner le territoire avec un cinéma itinérant.

Même logique pour le Lot, avec sa déclinaison locale et itinérante du dispositif « Carte blanche <sup>[6]</sup> » co-construite avec l'Etat et le Grand Cahors. « La plus-value de notre service itinérant est d'aller à proximité des habitants, qui viennent avec plusieurs dossiers à traiter, fait valoir Jean-Marc Vayssouge-Faure maire et président du Grand Cahors.

## Un guide pour traiter avec les institutions de santé

Le maire de Saint-Jory-de-Chalais (Dordogne) et co-animateur de la commission « santé » de l'AMF, Bernard Vauriac a annoncé pour 2019 la publication d'un « guide méthodologique pour entrer en relations avec les institutions de santé : Ordre des médecins, Agences régionales de santé, services de l'Etat etc.» Pour l'édile dordognais, il y a urgence, car « il ne faut pas laisser les ARS faire seules ».



# ÉPREUVE N° 3