

PREMIÈRES RENCONTRES DES VILLES POUR LA SANTÉ PUBLIQUE

PREMIÈRES RENCONTRES DES VILLES	1
POUR LA SANTÉ PUBLIQUE	1
Ouverture	1
Docteur Laurent EL GHOZI	1
Maire adjoint de Nanterre	1
Président de l'Association Nationale des Villes pour le développement de la Santé Publique « Elus, Santé Publique & Territoires »	1
Pour un plan santé-précarité : l'apport des communes, vers une définition et une mise en oeuvre concertée ?	4
Table ronde n°1	4
Politiques locales de santé : pour dépasser l'expérimentation des ateliers santé-ville	19
Table ronde n°2	19
Mise en œuvre de la Loi de santé publique : quelles organisations territoriales et quelles modalités de participation des villes ?	29
Table ronde n°3	29
Conclusion des travaux	41
Gérard SALEM	41
Professeur à l'Université Paris X – Nanterre	41
Directeur du laboratoire « Espaces, Santé, Territoires »	41
Clôture	43
Docteur Laurent EL GHOZI	43
Maire adjoint de Nanterre	43
Président de l'Association Nationale des Villes pour le développement de la Santé Publique « Elus, Santé Publique & Territoires »	43
Index	1

Premières rencontres des villes pour la santé publique

Ouverture

Docteur Laurent EL GHOZI

Maire adjoint de Nanterre

Président de l'Association Nationale des Villes pour le développement de la Santé Publique

« Elus, Santé Publique & Territoires »

Nous inaugurons aujourd'hui les rencontres des villes pour la santé publique, qui sont organisées par une association nouvelle, créée au mois d'octobre : il s'agit de l'association « Elus, Santé Publique et Territoires ».

Je tiens tout d'abord à remercier ceux grâce auxquels cette journée a été possible, à commencer par la DIV, dont l'engagement sur la question de la santé dans les villes a été fondamental. Je remercie en particulier Catherine Richard, qui a accompagné le développement des ateliers « santé-ville ». La DIV a immédiatement compris l'intérêt de l'association « Elus, Santé Publique et Territoires » et l'intérêt de cette journée, qui permet de nourrir un dialogue constructif et exigeant entre les élus et l'Etat.

.I Les villes et la santé

Bien des villes ont développé depuis des décennies des actions de santé sous des formes très diverses et très inégales : les bureaux d'hygiène et de santé, les centres de santé municipaux, les vaccinations, la santé scolaire, la prévention de la toxicomanie, etc. Toutes ces initiatives ont été guidées par la préoccupation du mieux-être de la population, par une meilleure prise en compte de la maladie et de la souffrance, mais également par le souci de prendre en compte les déterminants de la santé socioéconomiques, culturels et environnementaux. L'aggravation de la précarité et l'approfondissement des inégalités sociales et territoriales de santé ainsi que la désagrégation du lien social dans certains quartiers ont également poussé certains d'entre nous à une plus grande attention à ces problématiques, qui, traditionnellement, relèvent des compétences de l'Etat et du secteur libéral. Une cinquantaine de villes se sont regroupées depuis longtemps au sein du réseau français des villes « santé OMS », qui est guidé par une charte unique pour tous les Etats et qui propose un cadre et des objectifs généraux. D'autres travaillent dans différents réseaux, et notamment dans le réseau « Elus contre le sida ». Mais, jusqu'à ce jour, il n'existait pas d'association se proposant de regrouper toutes les villes qui veulent mener sur leur territoire une politique locale de santé publique dans un cadre de contractualisation avec l'Etat.

Bien qu'elles n'aient pas de compétences réglementaires en santé, les villes engagent des actions de plus en plus nombreuses dans ce domaine. Ce rôle des villes est légitime compte tenu de leur connaissance de la réalité de vie et des difficultés des habitants, ainsi que de leur connaissance des ressources de leur territoire (tissu local, associatif, partenaires), mais également par leur capacité à agir (par le biais de leurs services ou en mobilisant les acteurs locaux). Enfin, les villes ont la

possibilité de coordonner et de mettre en synergie tous les acteurs, ce qui, dans le meilleur des cas, permet aux villes de mettre en œuvre une politique qui soit porteuse de sens. A cet égard, je tiens à rendre hommage à la politique de la ville, qui, sur des quartiers certes définis et limités, a su proposer un cadre contractuel avec l'Etat, c'est-à-dire un cadre légitime avec une méthodologie, un objectif (la réduction des inégalités de santé) et un financement. Les ateliers santé-ville ont été mis en place aujourd'hui dans plus de 140 villes, depuis leur création en 2000.

Le dispositif des ateliers santé-ville a été confirmé le 1^{er} août 2003 par la loi de rénovation urbaine, qui en prévoit la généralisation à toutes les villes qui comptent au moins une ZUS. Il a été repris par le Premier ministre, Monsieur de Villepin, lorsqu'il a proposé un certain nombre de solutions aux difficultés rencontrées dans les banlieues. Ce dispositif a été désigné par Didier Houssin, Directeur général de la santé, comme le « chaînon manquant pour la mise en œuvre de la politique de la ville ». En somme, ce dispositif a apporté la preuve de sa pertinence par l'observation locale fine qu'il a permis, la mobilisation considérable de tous les acteurs (y compris les habitants), mais également par le partenariat clair avec l'Etat et l'élaboration d'indicateurs qui permettent aujourd'hui de renseigner l'Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles. Enfin, ce dispositif permet de poursuivre l'objectif d'amélioration de la santé des populations les plus fragiles.

Pourtant, ce dispositif reste expérimental, et donc fragile, soumis aux fluctuations des budgets, aux changements de gouvernement, ce qui ne permet pas de recruter des personnels statutaires. C'est pourquoi cette expérimentation, avec toutes ses qualités, doit servir de modèle et aboutir, dans toutes les communes qui le souhaitent, à un dispositif contractuel, mais de droit commun. Ceci est en l'occurrence l'une des conclusions principales du séminaire « Bilan et perspectives des ASV », organisé par la DIV le 27 janvier 2005. Nous avons considéré qu'il était indispensable de constituer l'association nationale des villes pour le développement de la santé publique, qui dépasse le cadre de la politique de la ville et qui est ouverte à tout élu volontaire et convaincu que la santé de tous leurs concitoyens passe également par leur mobilisation.

.II Les objectifs de l'association « Elus, Santé Publique & Territoires »

.1 Echanges et partage d'expériences

Le premier objectif de l'association « Elus, Santé Publique & Territoires » est d'engager des échanges entre élus et fonctionnaires territoriaux chargés de ces questions, de partager les expériences, les difficultés et les avancées, de donner à chacun des outils expérimentés par les uns et les autres, de capitaliser nos savoirs et savoir-faire, mais également de provoquer la mobilisation. Cet exercice est loin d'être aisé : en effet, la question de la santé n'est pas prioritaire pour les élus ; ainsi, il est parfois difficile de passer du discours à l'action. La meilleure connaissance des réalités locales, des enjeux de santé, des mécanismes d'exclusion, des causes de la souffrance et du non-soin est un préalable à notre action. Cette compréhension des enjeux de la santé nous permet de nous poser comme interlocuteur incontournable des pouvoirs publics nationaux et locaux, afin de promouvoir une meilleure santé de nos populations et participer pleinement à l'organisation de l'offre de soin et du système de santé.

.2 Devenir un des partenaires reconnus de l'Etat

Le second objectif est de devenir des partenaires de l'Etat pour la mise en œuvre des lois de cohésion sociale et de santé publique sur les territoires dont nous avons la charge, et cela à deux niveaux :

- **au niveau des villes**

Aujourd'hui, les actions de santé dans les villes sont fragiles, inégales, dépendantes du volontarisme ou non des élus. Ces actions concernent pourtant des enjeux majeurs comme la santé des jeunes, la prévention, la santé mentale, la santé buccodentaire, etc. En l'absence des financements de l'Etat, le financement peut être pris en charge par les villes qui ont les moyens de le faire ; sinon, ces actions disparaissent. Nous pensons qu'il faut mettre en œuvre des dispositifs de droit commun, au terme de l'expérimentation menée, qui prouve que ces actions ont du sens, qu'elles apportent du mieux-être à la population et qu'elles améliorent l'accès au soin et la santé de nos concitoyens.

- **Au niveau des programmes régionaux**

La régionalisation est en marche. Les villes doivent pouvoir être consultées au niveau de la programmation et de la mise en œuvre. Elles aspirent également à devenir actrices du système pour le faire évoluer vers plus d'égalité, plus de proximité et plus de démocratie.

A partir des observations des réalités spatiales et temporelles de la santé de nos habitants, nous pouvons contribuer aux besoins qui nous sont exposés, ainsi qu'aux risques sanitaires majeurs. Nous serons en première ligne en cas de pandémie aviaire par exemple. Les systèmes municipaux doivent être en mesure de répondre à ces difficultés, dans la mesure où l'Etat ne sera pas en capacité de mettre en œuvre les réponses adaptées. C'est notre responsabilité d'élus. C'est un enjeu politique majeur, auquel nous souhaitons contribuer ensemble.

.III Conclusion

Aujourd'hui, les villes sont faibles mais incontournables dans le champ de la santé. Elles doivent donc devenir des acteurs respectés, porteurs d'un projet véritablement politique : celui de l'accès à la prévention, aux soins et à la santé pour tous. C'est l'un des enjeux de l'association « Elus, Santé Publique & Territoires » et de cette journée.

L'objectif de ces rencontres est d'informer, mais surtout de débattre. Aussi avons-nous organisé trois tables rondes, qui doivent permettre aux uns et aux autres de donner leur point de vue sur l'ensemble des questions relatives à la coproduction de la santé publique.

Pour un plan santé-précarité : l'apport des communes, vers une définition et une mise en oeuvre concertée ?

Table ronde n°1

Ont participé à la table ronde :

- *Philippe CHOFFEL, responsable de l'Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles ;*
- *Marina GIROD de l'AIN, Maire adjointe chargée de la Santé de Grenoble, première vice-présidente de « Elus, Santé publique & Territoires » ;*
- *Hélène LAMARTINIE, Maire adjointe de Pierrefitte ;*
- *Docteur Françoise JEANSON, présidente de Médecins du Monde.*

La table ronde est présidée par Martin HIRSCH, Président de la Fondation Emmaüs.

.I Introduction

Martin HIRSCH

La France, qui s'enorgueillit d'avoir le meilleur système de santé social du monde, présente néanmoins le record de l'écart d'espérance de vie entre catégories sociales. Si l'espérance de vie de la population augmente, les écarts entre les espérances de vie des riches et des pauvres continuent de s'accroître. Ces différences s'expliquent par des facteurs comportementaux (tabac, alcool, alimentation), mais également par la qualité des soins prodigués, qui peut différer selon les catégories sociales.

Dans un pays habitué à la planification, l'offre de soins est inversement proportionnelle aux besoins de soins. En effet, dans les zones dans lesquelles les indicateurs sociaux et de santé sont les plus défavorables, l'offre de soins est la plus faible. Cela nous a conduit à parler de « zone de santé prioritaire », à l'image des ZEP.

En outre, les inégalités sont marquées dès le plus jeune âge. Ainsi, dès la maternelle, on peut constater des écarts dans la correction des troubles de la vision, dans la prévention des problèmes dentaires, etc. Cette situation est contraire à ce que la France prétend faire dans ce domaine.

Par ailleurs, les différences de santé liées à la situation sociale tiennent à la fois au fait que les pauvres sont plus exposés aux maladies qui concernent toutes les couches de population et à l'existence de maladies spécifiques à la pauvreté (comme le saturnisme). Le niveau local pourrait intervenir dans ce domaine. Ce n'est pas l'Etat qui peut parvenir à éradiquer des maladies comme le saturnisme. La pauvreté et la précarité tiennent à un ensemble de problèmes entremêlés : problèmes de revenus, problèmes de logement, problèmes de santé, problèmes de surendettement, etc. Pour sortir les gens de ces situations, il faut agir sur plusieurs leviers à la fois. Aujourd'hui, trouver un travail par exemple ne permet pas de régler les autres difficultés. Ainsi, on ne peut adopter aujourd'hui que des approches permettant de traiter frontalement l'ensemble de ces difficultés. Or le contexte institutionnel et organisationnel est défavorable au traitement frontal de la pauvreté. Et force est de constater que les actions des différents acteurs se neutralisent parfois les unes les autres. Il faut donc parvenir à dépasser les clivages entre ces acteurs pour organiser une action conjointe de tous les acteurs. Chacun doit jouer son rôle sans nuire à l'action des autres.

.II Eléments de contexte

Philippe CHOFFEL

.1 La mission de l'Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles

L'Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles a publié deux rapports, qui ont permis de dresser un état des lieux des zones urbaines sensibles et des populations qui y résident, au regard de nombreux critères. Ces critères sont définis par la loi d'orientation et de programmation pour la ville du 1^{er} août 2003, qui fixe un certain nombre de programmes d'action et d'objectifs dans différents champs, dont la santé, la réussite scolaire, l'emploi, etc. La mission de l'Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles est d'observer ces différents indicateurs, d'en rendre compte et de voir la manière dont évoluent les écarts entre les zones urbaines sensibles et le reste des territoires urbains. Ces travaux font donc appel à une information territorialisée.

.2 Les caractéristiques des zones urbaines sensibles

Les zones urbaines sensibles représentent 750 quartiers en France, implantés dans 470 communes et 200 agglomérations différentes. Leur population est d'environ 4,5 millions d'habitants en métropole, et 200 000 dans les DOM, soit 10 % de la population urbaine française.

La population des ZUS est particulièrement jeune : en 1999, les moins de 15 ans représentent 23 % de la population totale (contre 18 % dans les agglomérations présentant une ZUS). Les moins de 6 ans représentent 10 % de la population de ces quartiers (contre 8 % dans l'ensemble des villes). Les familles nombreuses sont également surreprésentées dans les ZUS : 34 % des familles ont trois enfants ou plus dans les ZUS, contre une famille sur cinq dans l'ensemble des villes.

Par ailleurs, les familles étrangères sont surreprésentées par un facteur 3 dans les ZUS (16,5 % dans les ZUS, contre 6 % dans l'ensemble des villes).

De même, la part de la population immigrée est trois fois plus élevée dans les ZUS : 18 % de la population des ZUS est immigrée. Il faut toutefois souligner que ces chiffres présentent de fortes variations entre les différentes ZUS.

.3 La précarité dans les ZUS

Les ZUS sont marquées par deux facteurs de précarité majeurs, que sont l'emploi et le niveau de revenu. Ainsi, le taux de chômage de ces quartiers est deux fois supérieur au taux de chômage national. En 2004, la situation montre que cet écart augmente à nouveau. Ces différences de taux de chômage entre les ZUS et les villes tiennent notamment aux structures sociales : la population dans les quartiers est en général beaucoup moins qualifiée, ce qui est un handicap sur le marché de l'emploi, etc. Ces différences tiennent également à des facteurs tels que la discrimination et à des difficultés spécifiques de ces populations dans l'accès à l'emploi.

Par ailleurs, les politiques d'aide à l'emploi ne sont pas suffisamment actives dans ces quartiers pour permettre une réduction sensible des écarts de taux de chômage entre les ZUS et l'ensemble des villes. Les populations de ces quartiers sont sous-représentées dans les différentes formules d'emplois aidés.

En ce qui concerne les revenus, les observations du rapport de l'Observatoire des ZUS reposent sur le revenu imposable (c'est-à-dire hors revenus de prestations sociales), qui reflète le niveau d'activité de la population. Il est fait le constat d'un écart très important entre le revenu dans ces quartiers et le revenu moyen des villes : le revenu moyen des ZUS représente environ 58 % du revenu moyen des unités urbaines auxquelles ces unités appartiennent. La part des ménages non-imposés dans ces quartiers approchent 60 %, contre 40 % dans leurs unités urbaines d'appartenance. La part des ménages ayant un revenu inférieur au premier décile de la distribution de revenus nationale est située entre 20 % et 30 % dans les ZUS. Dans une ZUS sur cinq, cette part dépasse les 40 % alors que dans d'autres, le taux de pauvreté des ZUS approche celui des villes.

En somme, la précarité des ZUS justifie que des politiques spécifiques soient menées dans leur direction.

.4 La santé dans les zones urbaines sensibles

Les observations de l'Observatoire des ZUS ne sont pas encore très riches dans le domaine de la santé. Cependant, des données sont disponibles sur l'offre médicale et la santé scolaire.

Sur l'offre de soin, il est fait le constat d'un déficit important de présence médicale dans les quartiers des ZUS. Ainsi, la densité des établissements de pratique médicale et la densité de médecins libéraux sont deux fois plus faibles dans les ZUS que dans l'ensemble des villes dans lesquelles elles sont situées, avec 6,5 établissements de pratique médicale pour 5 000 habitants dans les ZUS (contre 13 établissements dans l'ensemble des villes). Cependant, il faut souligner qu'il n'est pas indispensable d'avoir un établissement dans son quartier pour bénéficier du système de soins. Néanmoins, il faut constater que les populations des ZUS sont moins mobiles que le reste de la population, faute notamment de posséder un véhicule.

Par ailleurs, des observations ont été réalisées sur les enfants d'âge scolaire. Des enquêtes nationales menées sur les élèves en ZUS et les élèves hors ZUS ont fait apparaître des problèmes de surpoids et d'obésité plus accentués dans les ZUS, ainsi que des caries dentaires plus fréquentes. Ceci est encore plus vrai pour les familles monoparentales et les familles dont les parents sont ouvriers non-qualifiés et/ou d'origine étrangère. Ces problèmes de surpoids sont notamment liés à un certain nombre de pratiques alimentaires, dont la prise régulière de petit-déjeuner, qui diminue la probabilité de surpoids ou d'obésité.

L'objectif de l'Observatoire des ZUS est, pour l'année prochaine, de pouvoir dresser un état des lieux beaucoup plus complexe de l'état de santé des populations des ZUS, grâce notamment à l'enquête décennale santé.

.5 L'articulation entre les travaux d'observation nationale et les travaux d'observation locale

Les villes mènent des travaux d'observation locale en matière de santé. Ces travaux sont menés sur l'ensemble des thèmes de la politique de la ville. En effet, la loi du 1^{er} août 2003 exige que chaque ville présentant une ZUS rende compte chaque année dans un rapport municipal des actions menées dans les ZUS et de l'évolution des indicateurs observés. Ainsi, les travaux concernant la santé peuvent tout à fait trouver leur place dans ces observations. C'est pourquoi il serait tout à fait utile que les équipes réalisant des travaux d'observation locale travaillent sur des indicateurs comme

ceux de la santé scolaire. Il faut également tenter de réaliser une observation au niveau des quartiers, compte tenu des spécificités des populations dans les ZUS.

Martin HIRSCH

Combien de personnes travaillent à l'Observatoire national des ZUS ?

Philippe CHOFFEL

Le Secrétariat est composé de sept personnes. Mais nous travaillons également avec un Conseil d'orientation qui réunit des représentants des élus (nationaux et locaux), les services producteurs d'informations et les grandes directions concernées par la politique de la ville.

.III Les témoignages des villes

.1 La ville de Grenoble

Marina GIROD de l'AIN

.a Etat des lieux

A Grenoble, la santé est une préoccupation qui concerne toutes les politiques publiques sociales menées. La France répond mal à la problématique de la santé et de la précarité. Il faut en effet constater des inégalités flagrantes en matière d'espérance de vie et d'expérience de vie. Les inégalités sociales de santé sont liées à des expositions plus fréquentes à des risques comme l'alimentation, le logement, le travail, mais également à un déficit de connaissance et d'information, à des conduites souvent inadaptées face à ces risques. C'est sur ces éléments que l'action municipale tente de jouer.

Grenoble compte 153 000 habitants. Un décret de 1995 avait demandé aux CCAS de produire un état des lieux des états sociaux de la population. Ces états des lieux permettent de constater un accroissement de la part des familles monoparentales dont le parent ne travaille pas ainsi que des familles dont aucun des parents ne travaille. Les bénéficiaires des minima sociaux sont présents de manière plus importante dans les grandes villes. Ainsi, 42 % des bénéficiaires de la CMU dans le département de l'Isère sont à Grenoble, et 37 % des RMistes.

.b L'action de la ville de Grenoble dans le domaine de la santé

Grenoble a développé une dynamique en matière sanitaire et sociale, reposant sur quatre pôles principaux :

- un pôle santé-environnement ;
- un pôle santé scolaire ;
- un pôle promotion de la santé ;
- un pôle chargé de la question du handicap.

Par ailleurs, en tant qu'élus locaux, nous siégeons dans un certain nombre d'organismes extérieurs à la ville (centre hospitalier, centres communaux d'action sociale, associations).

Nous nous intéressons à l'information depuis des années à Grenoble compte tenu de la difficulté à y accéder. Cette observation permet de travailler avec de multiples partenaires et de disposer d'éléments permettant des comparaisons avec les autres villes. Par exemple, nous avons engagé un travail régulier sur les 22 000 patients des centres de santé. Nous nous demandons comment les observations locales peuvent nourrir les observations nationales.

.c Exemples d'actions de la ville de Grenoble

Dans le domaine de la santé, nous avons lancé quelques actions prenant en compte la dimension sociale.

La santé scolaire

Dans le domaine de la santé scolaire, nous avons mis en place un service municipal, porté par la ville et disposant des moyens humains renforcés dès la maternelle. Nous savons en effet que les inégalités sociales de santé débutent très tôt. Ainsi, le dépistage doit débuter dès le plus jeune âge. Outre le dépistage, il faut également favoriser l'accès aux soins, ce qui impose de rappeler les familles jusqu'à ce que le soin soit réalisé. Nous réalisons un travail particulier sur les troubles de l'apprentissage. Le service de santé scolaire municipal est en délégation de compétences de l'Etat (par des conventions), sans toutefois bénéficier de financements nationaux.

La santé mentale

Par ailleurs, nous avons engagé des actions importantes sur le thème de la santé mentale. Grenoble a une double légitimité à agir dans ce champ. Premièrement, elle est signataire des mesures provisoires d'hospitalisation d'office. Deuxièmement, la question de la souffrance psychique est au cœur de nos pratiques d'élus. Nous tentons donc de développer la prévention dans le domaine de la santé mentale pour éviter, dans la mesure du possible, les hospitalisations sous contrainte. Ainsi, nous avons fait le choix de recruter une psychologue qui tente de faciliter l'accès aux soins des personnes. Pour cela, nous travaillons étroitement avec les associations, mais également avec l'hôpital psychiatrique et un collège de psychiatres libéraux. Nous nous posons la question du champ possible de notre action. Nous avons engagé beaucoup de débats entre élus pour savoir si c'est bien à la ville de prendre ces actions en charge.

L'appui aux associations

Dans le domaine du soutien aux associations, il faut souligner que les associations qui s'intéressent aux questions de la santé et de la précarité sont souvent en première ligne.

Les centres de santé de Grenoble sont constitués en association depuis 30 ans. Ils travaillent particulièrement sur la question du premier recours de soins. Le Conseil d'administration de l'association rassemble des représentants de l'ensemble des partenaires locaux et des représentants des usagers, qui disposent de voix délibératives. L'association est composée d'une équipe pluridisciplinaire de plus de 80 personnes, essentiellement des médecins généralistes, mais également quelques médecins spécialistes, des infirmières, des kinésithérapeutes et des secrétaires médicosociales.

Ces centres de santé pratiquent la prévention individuelle ou collective. Ainsi, 18 projets de prévention sont menés chaque année. En dépit des crises et des difficultés, nous nous battons pour soutenir ces centres de santé, qui permettent sans doute d'apporter la réponse la plus pertinente en matière d'accès aux soins et de prévention. Il faut donc pouvoir consolider ces centres de santé.

Par ailleurs, la ville soutient 115 associations dans le champ de la santé. Ce sont des partenaires essentiels pour les collectivités locales. Il faut toutefois constater une baisse des financements de crédit, qui menace ces associations. Nous espérons donc que les annonces du gouvernement seront suivies d'effets, pour assurer la pérennité de ces partenaires.

Enfin, depuis 2002, nous menons des travaux sur les patients des centres de santé en lien avec l'Institut d'Etudes Politiques. Ainsi, 575 consultations ont été réalisées. Elles ont permis de faire apparaître que la moitié des patients étaient en situation précaire, avec des revenus faibles et des conditions de vie difficiles. Un patient sur six des centres de santé cumulait des revenus bas, des conditions de vie précaires et une affection médicale lourde.

Le partenariat avec l'université, la faculté de médecine et Médecins du monde

La ville, en partenariat avec l'université, la faculté de médecine et Médecins du monde, a mis en place un diplôme spécifique liée aux questions de solidarité, de santé et de précarité. Ce diplôme vise à combler les lacunes qui existent dans le domaine de la formation sur ces sujets. Ce partenariat vise à construire le *staff* pédagogique avec l'ensemble des partenaires locaux. Au bout de deux ans, nous sommes très contents de ce partenariat.

Les actions en matière de santé-environnement

Il est nécessaire de rénover les bureaux d'hygiène en France. Les lois de décentralisation de 1983 prévoient une dotation pour ces bureaux d'hygiène. Mais le défi reste de rénover ces bureaux pour passer d'une logique « hygiéniste » à une approche positive du cadre de vie.

Quant au travail sur l'habitat insalubre ou l'habitat indigne, l'hygiène alimentaire, etc., les bureaux d'hygiène constituent un levier permettant de mettre en œuvre des politiques en matière de solidarité.

Par ailleurs, la ville s'est donné comme objectif de décliner le plan santé-environnement au plan local, tant en termes de diagnostic que d'actions.

De plus, il faut souligner la difficulté de la mise en œuvre des PAS (Permanence d'Accès aux Soins) dans les hôpitaux, alors que les lois d'exclusion de 1998 prévoyaient la mise en place de ce dispositif, qui, aujourd'hui, ne permet pas de répondre aux objectifs fixés. Les Missions de la PAS sont remplies à Grenoble par la ville (par un agent du CCAS) et par Médecins du monde, qui augmentent le nombre de consultations pour faire face à la défaillance de l'hôpital.

.d Conclusion

L'expérience de Grenoble montre qu'il existe des leviers d'action, mais également les difficultés (financement, compétences, gestion de dispositifs complexes, difficultés d'innover, difficultés des associations, etc.).

.2 La ville de Pierrefitte

Hélène LAMARTINIE

.a *Etat des lieux*

Pierrefitte compte 26 000 habitants. C'est une ville pauvre de la Seine-Saint-Denis dans la mesure où elle compte peu d'entreprises. Elle doit faire front à une grande précarité de ses habitants.

En Seine-Saint-Denis, plus d'un ménage sur dix tire plus de 75 % de ses revenus des allocations de la CAF. Cette proportion est largement supérieure à la moyenne régionale (5,6 %) et la plus élevée parmi les départements franciliens. Cet indicateur, qui mesure le poids relatif de l'ensemble des prestations sur l'ensemble des ressources, permet d'identifier les ménages fragiles. Cette précarité est d'autant plus forte que les ressources propres hors système social de redistribution sont faibles.

A Pierrefitte et en Seine-Saint-Denis, la proportion de bénéficiaires de minima sociaux est plus importante en 2003 que la moyenne de l'Ile-de-France. Depuis 2003, nous notons une augmentation du nombre des allocataires de minima sociaux, qui témoigne d'une croissance de la précarité.

Nous devons également faire face au chômage. En 2002, le taux de chômage était de 12,4 % en Seine-Saint-Denis, contre 8,7 % en Ile-de-France. Il est beaucoup plus élevé dans les ZUS.

Enfin, un nombre important de jeunes de 20 à 24 ans sont non-diplômés, ce qui implique une grande difficulté pour ces jeunes à trouver un emploi, et de surcroît un emploi stable. Un grand nombre de salariés de Seine-Saint-Denis occupent un emploi précaire.

Nous pouvons donc comprendre que la préoccupation majeure des élus de Seine-Saint-Denis concerne surtout l'emploi et le logement. Pour autant, nous nous intéressons à la question de la santé, dans la mesure où une partie de la population est fragile et où les inégalités sociales entraînent des inégalités de santé.

.b *La politique de santé locale de Pierrefitte*

La politique de santé locale de Pierrefitte poursuit deux objectifs :

- **offrir à tous les habitants un accès aux soins et une médecine de qualité**

Le centre de santé municipal joue un rôle essentiel dans ce domaine, en permettant à tous l'accès aux soins par l'application du tiers-payant et en offrant une large palette de spécialistes, y compris en radiologie et un service de vaccination gratuite. Ces centres de santé, qu'ils soient municipaux ou associatifs, jouent un rôle très important dans les communes en difficulté. Cependant, il faut souligner que ce sont des structures très coûteuses pour les villes.

- **réduire l'impact de la précarité sur la santé en développant les partenariats et en soutenant les associations**

La ville de Pierrefitte réunit un certain nombre de structures et d'associations qui travaillent à la lutte contre la précarité, et notamment l'association d'accès aux droits, les centres sociaux, l'association pour la formation, l'association des femmes pierrefittoises, la maison de l'emploi, la mission locale et le service jeunesse. Ces associations se réunissent au sein de l'atelier santé-ville avec d'autres partenaires comme le CMS, les assistants sociaux, la CAF, la police, le Conseil général, la police, etc. Tous ces représentants sont en contact permanent avec un public

subissant la précarité. Ils connaissent les habitants, conduisent avec eux des projets très variés, dont des projets de santé.

L'intérêt du partenariat est de se connaître en tant que personnes travaillant sur le même territoire, d'identifier le champ d'action de chaque structure, ses ressources et de savoir comment le public peut y accéder.

.c Exemples

La lutte contre les violences faites aux femmes

La campagne de lutte contre les violences faites aux femmes s'adresse aux hommes. Elle est lancée dans le 93 par l'Observatoire des violences faites aux femmes. Les partenaires de l'atelier santé-ville ont émis le souhait d'y participer. La ville a donc décidé de participer à cette campagne, portée par le contrat local de sécurité et coordonné au sein de l'atelier santé-ville. Elle a suscité beaucoup d'intérêt et a permis d'engager un échange sur les ressources de la ville et le rôle de chacun (assistants sociaux, police, association pour l'accès aux droits, etc.). A l'issue de ces rencontres, il a été décidé d'éditer une plaquette présentant l'ensemble des ressources. Nous avons également mis en place trois projets avec les habitants, dont deux dans les centres sociaux et un dans les locaux des assistants sociaux. Un article est paru dans la presse municipale.

Ce travail devra se prolonger pour analyser les répercussions de cette campagne et les suites à donner.

Le projet de la maison de l'emploi et de l'association pour la formation

Le projet est porté par l'atelier santé-ville et financé par le PRAPS. Il vise à favoriser le retour à l'emploi en réalisant un travail sur l'estime de soi, pour redonner confiance en elles-mêmes à des personnes fragilisées par la perte d'un emploi ou par leur arrivée récente en France. Ainsi a été mis en place un projet théâtre, construit en étroite collaboration entre les structures, l'atelier santé-ville et la troupe de théâtre. Ce projet a abouti à la présentation d'un premier spectacle à la mi-novembre.

Ces deux exemples prouvent que les projets santé-ville sont très variés, mais qu'ils reposent sur un partenariat dans la ville et qu'ils répondent à une demande des habitants.

Ce partenariat est également conclu avec l'Etat, puisque la politique de la ville comprend un volet santé. Or le gel des subventions provoque la disparition de certaines associations, ce qui revient à remettre en cause le travail de réseau réalisé pendant de longues années. On ne peut pas demander aux villes d'être proches de la population à travers les associations et supprimer les moyens qui leur permettent de vivre.

En 2005, le contrat de ville n'a pas touché l'ensemble des subventions. Le travail en partenariat en souffre cruellement. Il y a deux ans, un centre social associatif a dû licencier une partie de ses salariés faute de subventions. Aujourd'hui, nous ne savons toujours pas si les cours d'alphabétisation pourront reprendre. Cette insécurité nuit gravement à la santé.

.d Conclusion

Suite au travail réalisé à Pierrefitte en matière de santé locale, les élus se posent un certain nombre de questions. En particulier, ils se demandent comment ils pourraient montrer la richesse d'un travail sur les questions de la santé et de la précarité, l'importance de sa reconnaissance et de sa

pérennité. Pourquoi les programmes de santé départementaux et régionaux ne font-ils aucune place à cette demande ? Comment les élus participent-ils aux plans de santé régionaux ? Ne faudrait-il pas que les plans régionaux réfléchissent à un plan santé-précarité ? Le département du 93 ne devrait-il pas recevoir des financements beaucoup plus importants en matière de santé ?

Comme le soulignait Monsieur Hirsch dans son rapport, « si nous voulons vraiment que les inégalités sociales n'engendrent plus d'inégalités de santé, il faudrait un véritable plan de santé publique, et en particulier un investissement pour la prévention dans les quartiers défavorisés. On sait que là où les besoins sanitaires sont les plus forts, l'offre de soins est la plus faible. C'est encore plus vrai pour la médecine scolaire. Il faudrait que la présence médicale soit beaucoup plus importante dans les ZEP pour pouvoir mener un véritable travail de prévention et de promotion de la santé, un suivi des enfants digne de ce nom, c'est-à-dire un dépistage suivi de soins. Il faudrait également qu'une présence plus importante permette la mise en place d'un partenariat avec les parents. » Je pense qu'il faudrait un plan d'éducation à la santé, spécialement pensé pour les publics en difficulté. C'est un problème politique, un problème de justice et d'égalité.

.IV Le témoignage de Médecins du monde

Docteur Françoise JEANSON

.1 La mission France de Médecins du monde

Médecins du monde a créé une mission France il y a une vingtaine d'années. L'objectif de Médecins du monde était d'ouvrir un centre de soins gratuits pour soigner les gens qui n'ont pas accès aux soins. Ce centre existe depuis vingt ans alors que Médecins du monde espérait à l'origine que ce dispositif serait provisoire et relayé ensuite par des politiques publiques adaptées. L'objectif était donc de témoigner de la situation.

Aujourd'hui, Médecins du monde compte en France 120 missions, dont 21 centres de soins gratuits en France métropolitaine et en Guyane, des missions de réduction des risques, des missions auprès des personnes dans la rue, des personnes mal logées, auprès des gens du voyage, auprès des personnes qui se prostituent et un accueil médical pour les familles demandeuses d'asile. Les centres de soins gratuits offrent un certain nombre de soins (médecine générale, consultations psychologiques, centre dentaire).

.2 Les actions de Médecins du monde en France

Toutes les équipes de nos programmes sont des équipes pluridisciplinaires (médecins, psychologues, assistantes sociales, accueillants).

Notre objectif est de réinsérer les gens dans un système de soins général, qui offrent les meilleures prestations de santé. Par ailleurs, le travail de proximité réalisé par Médecins du monde vise à chercher les personnes qui ne viennent pas jusque chez nous. Pour cela, il faut adapter nos interventions aux personnes et à leurs besoins. Enfin, nous menons nos actions en réseau avec des partenaires qui s'occupent du logement, de l'alimentation ou du travail.

.3 Constats

Les personnes accueillies dans les centres de soins sont plutôt des hommes jeunes (d'une moyenne d'âge de 34 ans), étrangers (89 %). Une grande partie des personnes que nous recevons sont dans une situation administrative très précaire ou sans papiers. Par ailleurs, 20 % des personnes qui viennent chez nous sont sans logement ; 40 % ont des logements précaires ; 11 % vivent dans des logements insalubres et 15 % dans des logements surpeuplés. Nous accueillons également des gens très pauvres, puisque que 98 % des gens qui viennent se faire soigner chez nous disposent de moins du seuil de la CMU de 576 euros.

Ces personnes ne présentent pas de pathologie spécifique à part le saturnisme. En revanche, il faut souligner que la plupart des gens qui viennent nous voir n'ont pas vu de médecins depuis des années. Ainsi, nous rencontrons un grand nombre de personnes dans des situations de santé grave, avec une souffrance psychique très importante. Les patients qui vivent à la rue présentent pour plus d'un tiers d'entre eux des signes de souffrance psychique grave. Après un an dans la rue, un tiers des personnes sont en dépression.

Par ailleurs, parmi les personnes qui viennent chez Médecins du monde, moins d'un enfant sur deux est vacciné par le BCG ou les vaccins antitétaniques (contre 92 % dans la population générale).

Les taux de sérologie positive pour le VIH, les hépatites et de retard de diagnostic sont très élevés, avec nombre de personnes qui découvrent leur séropositivité quand la maladie se déclare.

Les gens viennent se faire soigner à Médecins du monde parce qu'ils n'ont pas d'argent, ou parce qu'ils ne connaissent pas leurs droits. 80 % des gens qui viennent se faire soigner à Médecins du monde ont droit à une couverture sociale, et seuls 20 % en bénéficient. 60 % des gens qui nous consultent ont droit aux soins et ne savent pas où aller pour bénéficier de ces soins. Un autre obstacle est la barrière linguistique (pour 15 %). Ainsi, nous avons mis en place des systèmes d'interprétariat dans nos centres de soins.

En somme, les difficultés financières, la méconnaissance des droits et des structures de soins, les difficultés administratives (en particulier, les refus de domiciliation) empêchent les personnes qui viennent nous consulter d'avoir accès aux soins dans le système de soins conventionnel.

Nous avons réalisé un test en appelant 25 CCAS, qui ont obligation de faire les domiciliations. Or seules 5 faisaient ces domiciliations.

Par ailleurs, en ce qui concerne les gens du voyage, il faut souligner que la loi Besson n'est pas appliquée, les schémas départementaux ne sont pas en place, la scolarisation des enfants est aléatoire. Les Roms, pour leur part, vivent sur des terrains dont ils sont expulsés avec une violence inouïe, du jour au lendemain, ce qui conduit à rompre non seulement la scolarité des enfants, mais également l'accès aux soins et les traitements (et, par exemple, les traitements de tuberculose). Les gens du voyage et les Roms sont souvent installés sur des terrains inadaptés, où l'hygiène est calamiteuse, sans eau et sans évacuation des déchets. Les municipalités doivent agir auprès de ces populations, qui sont touchées par la tuberculose, des asthmes que nous ne parvenons pas à traiter, des pneumopathies, etc.

Le saturnisme est insuffisamment dépisté. Il est vrai qu'il est difficile d'organiser la collaboration nécessaire qui permette à la fois de repérer, de dépister et de traiter les logements incriminés.

Enfin, pour les personnes à la rue, la vie de la rue a des impacts sur la santé, avec des problèmes dermatologiques et des traumatismes deux fois plus élevés que les autres, une souffrance psychique beaucoup plus forte et la difficulté d'accès à l'hébergement d'urgence et au logement, l'absence de continuité de prise en charge. Il faut également faire le constat d'un défaut de soutien par des équipes médico-psychologiques.

.4 Priorités

En somme, il faut faire des choix, mais il faut avant tout se demander quelles mesures on peut prendre en faveur des populations exclues. Les villes doivent faire le choix soit de les intégrer, soit de les diaboliser. C'est de ce choix que dépendra la santé des populations les plus précaires. Par ailleurs, il faut travailler dans la transversalité et en partenariat.

Les priorités pour ces publics sont :

- l'accès à la domiciliation dans les CCAS ;
- l'accès à l'information (avec la formation des personnels des CCAS et de tous les personnels des municipalités qui travaillent sur la question de l'accès aux soins).

Il faut également répéter aux personnels des municipalités que tout le monde a droit aux soins et peut obtenir ces droits.

Ensuite, les municipalités ont un rôle à jouer, notamment dans le développement des PAS, qui ont pris un grand retard. Les PAS doivent en outre être ouvertes, et travailler en réseau avec les acteurs sociaux et avec les secteurs médicaux. Les PAS doivent offrir, outre les consultations de médecine générale, des consultations pour la prise en charge de la santé mentale, des enfants et des soins dentaires.

La quatrième priorité concerne le logement, l'hébergement d'urgence et la lutte contre le saturnisme et contre l'insalubrité. Il faut également avoir une politique active en faveur des Roms et des gens du voyage. On ne peut pas laisser des gens à la marge des villes, qui vivent dans des situations que l'on ne rencontre pas même dans les grandes métropoles du Sud.

La prostitution engendre également des problèmes de santé. Les femmes et les hommes qui exercent la prostitution sont de plus en plus rejetés, se cachent de plus en plus, ce qui induit moins de prévention et plus de violence, plus de sida et plus d'hépatite.

.5 Conclusion

La volonté politique et les moyens permettent d'avoir une véritable action sur tous ces problèmes, comme le prouvent l'ouverture des CDAJ partout en France, la mise en place de la CMU, les PAS, les réseaux santé-précarité, etc.

Ensemble, l'association Médecins du monde et les autres associations doivent faire pression pour faire avancer la loi et la mise en place de dispositifs transversaux au niveau des villes, qui permettent l'accès aux soins de tous. Ainsi, nous pourrions réaliser notre vœu, qui est d'affirmer toutes nos missions en France !

.V Débat

De la salle

J'ai connu des établissements de soins qui refusaient de prendre en charge des enfants bénéficiant de la CMU.

Docteur Françoise JEANSON

Nous avons réalisé un test auprès de dentistes, dont plus d'un tiers refusait des gens bénéficiant de la CMU ou de l'AME.

Martin HIRSCH

Une partie des professionnels le fait pour des raisons financières, mais une autre le fait pour des « raisons de survie ». Ils affirment qu'à force de perdre de l'argent, ils sont obligés de faire un contingentement. Je pense qu'il faut entendre cette demande et ne pas fustiger les professionnels comme s'ils avaient tous le même comportement.

Richard LOPEZ, Directeur de la santé de la mairie de Champigny-sur-Marne

Effectivement, les prises en charge des prothèses par la CMU sont très faibles. Il en résulte des problèmes économiques. Ainsi, en région parisienne, les syndicats représentant les professionnels dentaires ont donné la consigne à leurs adhérents de ne pas prendre en charge les personnes bénéficiant de la CMU et de renvoyer les patients aux centres de santé de la région. En somme, il y a un coût pour les dentistes de la prise en charge des populations précaires. La loi sur les PAS concerne les structures hospitalières, qui bénéficient d'un financement, contrairement aux centres de santé notamment. Or ce déséquilibre dans le financement contraint les collectivités locales à faire des choix budgétaires douloureux. Il faut donc mettre en place les moyens permettant aux structures qui reçoivent vraiment les populations précaires de fonctionner. Il faut offrir à ces structures des moyens pérennes, qui sont le seul moyen de réduction des fractures sociales dans l'accès aux soins. Il faut que le financement des centres de santé soit organisé par la loi.

Olivier QUEROUIL, Fonds de financement de la CMU

Le taux de prothèses dentaires des bénéficiaires de la CMU est proche de celui de la population générale, ce qui prouve que des soins sont réalisés, notamment en matière de prothèses.

Par ailleurs, concernant le problème de la sous-évaluation du coût des prothèses, la tarification des prothèses a été établie sur la moyenne des taux de remboursement de prothèses d'un certain nombre de mutuelles. Cependant, ce calcul a été réalisé en 1999 et le tarif n'a pas été remis à jour depuis.

Concernant les refus de soins, la CNAM a diffusé en 2005 une circulaire interne, qui incite à solliciter les Caisses pour les personnes qui n'ont pas accès aux soins. Un bilan doit être réalisé sur la saisine des médecins-conseil des Caisses. Les médecins-conseil doivent se tourner vers les professionnels qui refusent de dispenser des soins, et éventuellement alimenter une plainte devant le Conseil de l'ordre *via* la Caisse. Les collectivités locales pourraient très bien signaler d'éventuels

problèmes de refus de soins et demander à rencontrer le médecin-conseil de la Caisse pour faire le point sur ces difficultés.

Toutefois, il semble qu'un amendement du Sénat, déposé dans le cadre du PLFSS, supprime le recours au médiateur dans les Caisses en cas de difficulté d'accès aux soins. Cette mesure semble contradictoire, dans la mesure où elle conduit à renvoyer les gens devant le Tribunal administratif ou directement devant le Conseil de l'ordre. Or la chance de réussite de telles procédures, qui sont très lourdes, est très faible.

Enfin, les données statistiques concernant les actes des médecins sont établies et conservées par les Caisses. Ainsi, un médecin-conseil en région parisienne a réalisé une étude sur le dentaire et a établi que 5 cabinets réalisaient 65 % des actes CMU en dentaire.

Un intervenant

Ces villes n'ont cependant pas accès à ces données. Ces données sont publiques et sont pourtant gardées secrètes !

Docteur Françoise JEANSON

Ces données permettraient de diminuer les refus de soins.

Un intervenant

C'est aux associations de se saisir de ces questions.

Frédéric TISSOT, médecin de santé publique

Je souhaiterais insister sur l'importance des PAS, qui sont un outil commun prévu par la loi et disposant de budgets. Ainsi, les Maires doivent jouer de tout leur poids pour la mise en place de cet outil dans les villes. Les PAS permettraient de résoudre une grande partie des difficultés que connaissent les populations précaires dans l'accès aux soins.

Catherine CHOQUET, adjointe au Maire de la ville de Nantes

Je suis surprise que l'on n'évoque que l'accès aux soins. Ce n'est sans doute pas le rôle exclusif que doivent jouer les élus locaux. Ce sujet est grave et douloureux. Les élus locaux peuvent apporter leur soutien, mais ce n'est pas l'axe exclusif de l'action des communes dans le domaine de la santé. En particulier, les villes ont un rôle important à jouer dans les actions d'éducation et de prévention. Dans les ZUS, ne faut-il pas constater notamment un défaut de travail en réseau avec des sociologues, des juristes ou des économistes, au-delà du travail avec les professionnels de la santé ?

Philippe CHOFFEL

C'est un vrai manque.

Jean-Noël BASSIN, adjoint au Maire d'Entzheim

Quel est le statut des populations nomades ? Comment peut-on les assister, vérifier leurs moyens d'existence et la scolarité des enfants ?

Philippe PARAILLEUR, Président d'une association d'accueil des gens du voyage dans les Hauts-de-Seine

Notre association domicilie les Roms en France.

Les gens du voyage français sont des Français, comme tous les Français, même s'ils sont totalement discriminés dans notre pays, à peu près sur tous les plans (accès à la santé, accès à la scolarité, accès au logement). La loi Besson exigeait 36 000 places de stationnement pour les gens du voyage. Moins de 5 000 ont été construites et mises aux normes en cinq ans. Ceci est de la responsabilité des Préfets et des villes, qui n'appliquent pas la loi.

Les Roms peuvent être en situation régulière ou non. Ils soulèvent la question de la libre circulation des gens au sein de l'espace européen. Demain, la Roumanie sera européenne. Les Roms circuleront sur l'ensemble du territoire européen. Les collectivités locales et l'Etat doivent donc se poser la question de l'accueil de ces populations, qui continuent à migrer. En effet, la liberté d'aller et de venir sur l'ensemble du territoire est un droit imprescriptible. Notre responsabilité est de nous assurer à l'ensemble des droits auxquels ils ont accès, et au minimum les droits à la scolarisation des enfants.

Marina GIROD de l'AIN

40 Roms vivaient l'hiver dernier dans un squat industriel à Grenoble, dans des conditions misérables. Ils ont été évacués par la Préfecture après une intoxication au monoxyde de carbone un soir de grand froid. Tous étaient en situation régulière avec des permis de séjour tourisme. Il a été très difficile de leur trouver des places en centres de soins (alors qu'il y en avait), du fait d'une discrimination (même de la part des travailleurs sociaux).

Nathalie SIMONEAU Médecins du Monde

La zone prioritaire de santé permettrait de relier à la fois l'augmentation de la démographie médicale, l'augmentation des moyens de la santé scolaire, de vérifier l'existence d'une PAS à proximité ou de mettre en place une PAS mobile. Elle permet également de mettre en place un réseau local sur l'éducation à la santé et la prévention. La zone prioritaire de santé peut constituer un chantier fructueux pour l'avenir.

Martine ANTOINE, Fontenay-sous-Bois

L'idée d'une zone de santé priorité me séduit. Les ateliers santé-ville pourraient constituer un outil de mise en œuvre de ces zones.

Par ailleurs, Fontenay-sous-Bois se situe entre quatre villes qui accueillent moins de 20 % de logement social (Vincennes, Saint-Mandé, Nogent, etc.). Or nous avons découvert un jour sur le territoire de notre commune une famille de Roms qui avait été expulsée d'un squat. Cet exemple

illustre l'urgence de la nécessité de régler le statut des familles Roms. En effet, nous avons accueilli ces familles et nous avons agi pour elles dans la plus grande illégalité, ce qui est problématique pour un maire. Ces familles squattaient un immeuble qui appartenait à l'Etat et qui était désaffecté. Notre travail a permis de régler presque toutes les situations individuelles. Mais cela nous a pris cinq ans. En somme, s'il est nécessaire d'interpeller les villes et les maires, il faut souligner qu'ils n'ont pas seuls la réponse à ces problématiques.

Concernant les PAS, les équipements hospitaliers ne sont plus des équipements de proximité en Ile-de-France. Ainsi, les maires d'Ile-de-France ne sont plus obligatoirement présidents des structures hospitalières. Or pour les publics en précarité, et notamment les populations migrantes, il est besoin d'apporter une réponse de proximité. La PAS est sans doute la réponse adéquate. Mais cela ne peut pas être la seule réponse possible. Il faut d'autres réponses de proximité. A cet égard, la proposition de Richard Lopez est très intéressante, quand il insiste sur la nécessité de reconsidérer la place et le rôle des centres de santé dans ce domaine.

Une intervenante

Plusieurs messages ont été délivrés lors de cette table ronde, et notamment :

- l'utilité de la création de zones de santé prioritaires (voire des zones de solidarité prioritaires) ;
- l'importance des centres de santé qui sont des dispositifs pertinents en matière d'accès aux soins et de prévention.

Ces questions sont complexes. Nous espérons pouvoir trouver des réponses permettant d'aller plus loin dans ce domaine.

Politiques locales de santé : pour dépasser l'expérimentation des ateliers santé-ville

Table ronde n°2

Ont participé à la table ronde :

- *Anne-Marie CHARVET, Déléguée Interministérielle à la Ville ;*
- *Marie-Odile DUFOUR, Maire adjointe de Champigny-sur-Marne, vice-présidente de « Elus, Santé Publique & Territoires » ;*
- *Jean-Michel VERNIER, Maire adjoint de Reims ;*
- *Pierre CHAUVIN, épidémiologiste, INSERM U 444.*

La table ronde est présidée par Jean-Luc LAFON, responsable de la Politique de la Ville et de la Santé à La Seyne-sur-Mer.

.I Introduction

Jean-Luc LAFON

La commune de La Seyne-sur-Mer est située sur la rade de Toulon, en face de Toulon. Elle a connu tous les dispositifs de la politique de la ville. La commune a un quartier classé en « quartier sensible », qui compte 18 000 habitants (sur un total de 65 000). Le centre ancien de la ville est en voie de paupérisation et connaît des problèmes nouveaux liés à l'immigration et aux populations sans papiers, qui essaient de se fondre dans le paysage. Mais ces populations connaissent des problèmes de santé.

Cette seconde table ronde porte sur le thème des politiques locales de santé. Pour ma part, je suis fonctionnaire municipal. J'ai donc une vision différente des élus, mais également des fonctionnaires d'Etat. Je pourrais donc apporter le témoignage d'une personne confrontée au quotidien à ce type de problèmes et qui, souvent, se trouve un peu décontenancé par l'amoncellement des dispositifs des politiques de la ville, qui sont parfois assez difficiles à comprendre et à décrypter.

Je souhaiterais poser la question suivante : la santé publique est-elle un thème majeur des campagnes électorales et de l'implication des élus dans la vie de la cité, au même titre que l'aménagement, les sports, la culture, la protection de l'environnement, etc. ? Je ne crois pas que ce soit le cas. Il me semble que l'on parle beaucoup de la santé, mais la mise en œuvre de sa gestion au niveau municipal n'est ni évidente, ni simple. En effet, les acteurs concernés sont très divers et leur rôle respectif est souvent incertain dans le domaine de la santé : la DDAS, les hôpitaux, le Conseil général, le monde des médecins et des professionnels de santé libéraux (monde souvent mal connu des élus), mais également l'Education Nationale (qui ne fait jamais de retour à la ville sur les bilans de santé réalisés par les médecins scolaires), etc.

Or, hormis dans les quartiers en ZUS, il n'existe pas de contractualisation formelle avec ces différents acteurs. Je connais peu de départements qui ont instauré des formes de contractualisation avec les communes ou les groupements de communes. De même, les collectivités entretiennent très peu de relations avec l'Ordre des médecins. Les échanges ne semblent pas véritablement avoir lieu entre ces différents acteurs, faute de lieux de rencontre. L'implication des hôpitaux est également

difficile. En effet, dans notre commune, nous cherchons à collaborer avec l'hôpital de la commune pour améliorer le traitement des patients. Or nous éprouvons des difficultés à faire entendre notre point de vue par l'hôpital.

Par ailleurs, les dispositifs issus de la loi de santé publique 2004 sont peu lisibles et soulèvent des questions quant à la prise en compte des demandes et des souhaits des collectivités locales et de leurs représentants. Or la responsabilité est importante dans le domaine de la santé. Les maires ont la responsabilité des EPAD par exemple.

Pour ouvrir le débat, je souhaiterais poser un certain nombre de questions. L'empilement des dispositifs semble caractériser les politiques de la ville depuis l'origine de ces politiques. Or cet empilement rend très peu lisibles les dispositifs qu'il est possible de mettre en œuvre. N'est-il pas nécessaire de simplifier ces dispositifs ? Par ailleurs, comment les élus souhaitent-ils prendre davantage en compte les problématiques de santé ? Comment faire en sorte que les élus soient mieux informés de ce qui se passe dans la sphère de leur collectivité en matière de santé ? En outre, il me semble que les élus sont demandeurs d'une information des citoyens. En effet, cette information des populations est une des missions des élus, à travers le journal municipal, les réunions de quartiers, les réunions avec les professionnels, etc. En tout cas, les élus doivent être informés pour pouvoir eux-mêmes mieux informer leurs électeurs et les forces vives de leurs collectivités.

Nous avons évoqué les dispositifs régionaux. Il me semble qu'il existe un barrage important entre l'information détenue au niveau des régions et l'information des communes. Il faudrait donc que des passerelles soient établies entre régions et communes.

De plus, je souhaiterais que l'Etat précise quels financements pérennes il entend consacrer aux actions de santé, et notamment aux actions de sensibilisation et d'information. Les ateliers santé-ville sont un outil remarquable. Il me semble que le bilan de ce dispositif est plutôt positif. Cependant, l'évolution vers des contrats locaux de santé publique de droit commun serait de nature à rassurer les élus, leurs collaborateurs et les populations.

.II Intervention de Madame la Déléguée interministérielle à la ville

Anne-Marie CHARVET

Je suis très heureuse de participer à ce colloque. Je tiens à féliciter l'initiative de l'association « Elus, Santé Publique & Territoires », dont les objectifs sont particulièrement de nature de répondre à des besoins. Permettez-moi tout d'abord en ma qualité de Déléguée interministérielle à la ville de vous dire que vous avez raison d'estimer que nous avons empilé les dispositifs les uns sur les autres. En revanche, il faut souligner une volonté très forte, depuis trente ans, qu'il y avait des publics en souffrance, en déshérence et vis-à-vis desquels il convenait de prendre des dispositions pour les aider à se remettre à niveau par rapport à l'ensemble de la population française. Aujourd'hui, les outils sont nombreux. Il faut faire le bilan sur l'efficacité de ces différents outils pour véritablement « potentialiser » les dispositifs les plus efficaces, et notamment les dispositifs relatifs à la question de la santé.

.1 L'importance des ateliers santé-ville

Dans un premier temps, nous ne savions pas bien qui portait la problématique de la santé. L'Etat est responsable et coordonnateur. Cependant, avec les lois de décentralisation, les collectivités avaient également leur rôle à jouer, et notamment les Conseils généraux. Les agences telles que l'ARH et les organismes ont également eu leur rôle à jouer. Cependant, pour être efficace, il faut qu'il y ait un chef de file. Or, aujourd'hui, nous ne pouvons que nous réjouir de l'expression forte des maires, qui estiment, sur le terrain, qu'ils sont les mieux placés pour assurer la coordination de tous les partenaires. Il reste toutefois nécessaire de continuer à sensibiliser l'Etat à cette problématique.

Les communes et les territoires doivent pouvoir adapter les programmes propres à leur espace. Il faut également prendre conscience que certains secteurs sont plus défavorisés que d'autres. Il convient donc que l'Etat, à travers le Préfet, et le Maire réunissent leurs forces. C'est cette idée qui nous a conduit à créer les ateliers santé-ville au début des années 2000. Ces ateliers ont d'abord été lancés sous forme d'expérimentation en Ile-de-France, en Provence et sur la Côte d'Azur. Cette expérimentation a permis d'imaginer un dispositif et de le faire vivre.

Aujourd'hui, il existe 140 ateliers santé-ville. Je crois que tout le monde reconnaît l'utilité de ce dispositif, qui s'adresse à des publics ciblés sur des territoires donnés. Dans cette phase de généralisation du dispositif, il convient d'appliquer une politique de droit commun.

D'ailleurs, je rappelle qu'au départ, les crédits de la politique de la ville devaient compléter les crédits liés aux politiques territoriales et sectorielles menées au profit de publics dans des secteurs qui connaissaient des difficultés particulières. Autrement dit, en sus des dispositifs de droit commun, on venait ajouter un surplus, pour accélérer la remise à niveau générale. Or force est de constater que ce n'est pas ce qui s'est passé. Ainsi, souvent, les crédits de la politique de la ville ont été les seuls à être versés aux territoires en difficulté.

.2 Les objectifs

Il faut rappeler que 80 % de la population française vit en zone urbaine. En outre, 20 % de ces 80 % vivent dans des conditions inacceptables, puisque les indicateurs font apparaître un chômage élevé et des conditions de santé, de logement, etc. tout à fait désastreuses. Il convient donc de mettre en place des dispositifs de droit commun dans les meilleurs délais. A ce titre, vous avez formulé une information et une demande concernant la pérennité du financement d'un certain nombre d'opérations (comme les ateliers santé-ville). Sur ce point, je souhaiterais vous apporter deux réponses.

Premièrement, au regard de l'efficacité constatée des ateliers santé-ville, il faut assurer la pérennité de ce dispositif, et même doubler le nombre des ateliers santé-ville dans les cinq années à venir, et cela dans tous les secteurs qui en ont besoin (et notamment dans les ZUS). Autrement dit, il faut étendre le dispositif partout où ce dispositif était utile et où le Maire et les acteurs locaux seraient d'accord pour mettre en place des ateliers santé-ville. Il faudra également, corrélativement, doubler les financements *ad hoc*.

Deuxièmement, pour assurer la lisibilité de ce dispositif sur une période de trois ans, les ateliers santé-ville seront identifiés, répertoriés, pour qu'un lien fort et officiel soit établi et permette d'affirmer une politique volontaire partenariale commune en matière de santé, et notamment dans les ateliers santé-ville. Cette volonté de partenariat pourra d'ailleurs être étendue, si les acteurs locaux le souhaitent, et notamment au travers des maisons de santé (selon des modalités à définir).

En tout cas, on ne peut que se réjouir de la prise de conscience collective de l'absolue nécessité d'une véritable dimension de la santé dans la problématique de la cohésion sociale et de l'égalité des chances. En effet, force est de constater qu'en matière de santé, tous les Français ne sont pas égaux devant la loi. A cet égard, les ateliers santé-ville, s'ils ne peuvent constituer la seule réponse possible, sont un élément de réponse stratégique très important, à partir duquel pourront être déclinées des actions qui permettront d'avancer ensemble et efficacement dans le domaine de la santé.

Jean-Luc LAFON

La durée de contractualisation de trois ans semble tout à fait judicieuse, ne serait-ce que pour rassurer les partenaires avec lesquelles nous travaillons, et notamment les associations, lorsque ces dernières recrutent des personnels. Nous devons en effet être en mesure de leur assurer des financements. En ce sens, la contractualisation de trois ans constitue une avancée certaine. Sinon, on ne peut pas exiger des associations qu'elles inscrivent leurs actions dans le moyen ou le long terme.

Anne-Marie CHARVET

Nous devons apporter une réponse claire à la question du financement. Pour autant, je souhaiterais souligner l'absolue nécessité d'un engagement et d'un libre échange de pensée et que les ateliers santé-ville soient un lieu de concertation et de partenariat avec la totalité des acteurs de la santé. En effet, il faut relever une disparité et une multiplicité d'acteurs, sans chef de file. Ainsi, je crois que les ateliers santé-ville, partout où ils ont permis d'obtenir des résultats et de mettre en place une dynamique, doivent permettre de mailler le territoire et tenter d'apporter une réponse à chacun des publics concernés. Il faut rappeler que l'Etat ou les Maires ne peuvent pas tout faire. Pour autant, ils doivent jouer un rôle de coordonnateurs et d'initiateurs de ces dispositifs.

Jean-Luc LAFON

Nous savons que le Maire est de plus en plus tenu responsable de ce qui arrive dans nos villes.

.III Le témoignage des villes

.1 Champigny-sur-Marne

Marie-Odile DUFOUR

.a Situation de Champigny-sur-Marne

Champigny-sur-Marne est une banlieue située au sud-est de Créteil, avec près de 76 000 habitants (soit la troisième ville du département par sa population). Elle compte 36 000 actifs, plus de 3 000 bénéficiaires du RMI, un taux de chômage de 16 % (dont plus de la moitié de chômeurs de longue durée). Les habitants issus de l'immigration sont en nombre très importants. Il faut constater des inégalités sociales graves dans cette ville pauvre, qui dispose d'un budget très contraint.

.b Le dispositif de santé de Champigny-sur-Marne

Comme cela a été démontré au cours de la première table ronde, la précarité a une incidence directe sur la santé. La santé n'est certes pas le thème majeur des campagnes électorales, comme l'a rappelé Jean-Luc Lafon. C'est toutefois un thème majeur. Ainsi, à Champigny-sur-Marne, toutes nos campagnes électorales ont pris en compte la question de la santé, qui est une des préoccupations des élus de la ville. Ainsi, depuis de très nombreuses années, la politique municipale de Champigny-sur-Marne intègre les questions de santé bien que celles-ci ne relèvent pas directement de sa compétence. En effet, les élus ont estimé que les actions liées à la santé et aux soins devaient relever d'une politique de proximité. Ainsi, la ville compte deux centres de santé, créés dans les années 1950, qui offrent un plateau technique important (généralistes, spécialistes, orthodontie, radiologie, laboratoire intégré). Ces centres de santé accueillent une population importante, aussi bien de Champigny-sur-Marne que des villes avoisinantes. Ils accueillent non seulement les personnes en difficulté, les populations précaires, mais également le reste de la population, qui vient dans nos centres de santé parce qu'on y trouve une médecine de qualité. Cette mixité est importante : il est souhaitable que tous les publics puissent venir se faire soigner dans nos centres.

.c Les contrats de ville

Au-delà de ces deux centres de santé, nous menons des actions de prévention depuis longtemps. Ainsi, signataire des contrats de ville, Champigny-sur-Marne a mis en place les ateliers santé-ville, qui sont les dispositifs opérationnels de la convention thématique santé de la politique de la ville. Lorsque j'ai été élue, je me suis demandé si nous répondions aux véritables besoins de la population. Ainsi, en coordination avec le Docteur Lopez, nous avons conduit une quinzaine de réunions, qui ont permis de rencontrer tous les acteurs qui s'occupent de la santé dans notre ville (associations, Conseil général, services de l'Etat, services de la ville). Nous sommes ainsi parvenus à identifier les grandes problématiques de santé de notre population. Ainsi, nous avons estimé qu'il était souhaitable de travailler ensemble pour réunir l'ensemble de nos compétences. Nous avons également estimé qu'il était nécessaire de travailler en collaboration avec les travailleurs sociaux. Nous avons également associé la population à travers la création des Comités d'usagers.

.d Les ateliers santé-ville

Comme nous faisons des ateliers santé-ville sans le savoir, nous avons décidé de constituer des ateliers santé-ville, qui permettent un meilleur repérage des besoins. Les ateliers santé-ville ne sont pas une structure de plus, mais bien un lieu de coordination où les professionnels et les habitants élaborent un diagnostic partagé, définissent des programmes d'action concertés qui visent à améliorer les santés des publics, en particulier dans les ZUS.

Les objectifs poursuivis sont :

- l'identification au niveau local des besoins spécifiques de santé ;
- la mobilisation et la coordination des différents intervenants (en créant des réseaux sociaux ou en renforçant les réseaux existants, et en développant la participation des habitants à travers des associations).

Nous travaillons sur des problématiques aussi variées que le diabète, le sevrage tabagique, la prévention des maladies cardiovasculaires, le dépistage du cancer du sein, la prévention du surpoids et de l'obésité, l'action HBD, la souffrance psychique des adolescents, etc.

La ville relaie toujours au niveau local les actions nationales de santé publique, mais en initie également beaucoup d'autres grâce aux ateliers santé-ville. Ces derniers sont avant tout un espace d'échanges permettant le repérage des besoins entre toutes les personnes qui ont une connaissance de la question, un espace de concertation interprofessionnel, y compris les professionnels de la santé mentale, qui ont été très intéressés par cette forme de concertation qui permet, grâce à la création d'un atelier sur la vulnérabilité, de régler un certain nombre de situations de crise. C'est également un espace d'action de santé, et notamment dans les écoles. A Champigny-sur-Marne, nous n'avons que trois médecins scolaires pour l'ensemble de notre ville. Ainsi, nous avons lancé un certain nombre de programmes notamment sur la souffrance psychique des adolescents. Ces actions de santé sont, pour la plupart, portées à partir de nos centres de santé ; d'où l'intérêt d'avoir des centres de santé. Mais nous menons également des actions dans la rue. En effet, dès que nous le pouvons, nous lançons des actions auprès des populations là où elles se trouvent (dans les galeries marchandes, devant les grands magasins, etc.). Ces actions rencontrent un grand succès. Par exemple, nous installons actuellement des cabinets médicaux de campagne sous un grand barnum, qui permettent de réaliser des actions de prévention des maladies cardiovasculaires.

Les ateliers santé-ville constituent des instances partenariales locales qui se sont donné pour mission de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. En première ligne, les élus doivent répondre aux attentes des concitoyens, notamment en matière de santé. A Champigny-sur-Marne, les élus locaux se sont engagés dans cette démarche, qui a été portée jusqu'à présent par la politique de la ville. La politique de santé relève à Champigny-sur-Marne également de la politique de la ville. Dans la mesure où la commune est l'échelon pertinent pour répondre aux besoins sanitaires, il était indispensable que l'Etat reconnaisse enfin le travail mené par les villes. Ce travail doit être consolidé dans un cadre contractuel, avec des financements spécifiques et pérennes. La notion de « droit commun » est nécessaire. Outre cela, il faut que les villes fassent preuve de solidarité.

Jean-Luc LAFON

Vous avez été précurseurs puisque que vous aviez constitué des ateliers santé-ville sans le savoir ! En tout cas, les actions que vous avez menées en direction de la population sont tout à fait remarquables.

.2 Reims

Jean-Michel VERNIER

Je vous remercie de votre invitation. Les échanges de savoir-faire sont très importants, d'autant plus que les pratiques de politique de santé dans les différentes villes sont souvent spécifiques et que nous manquons parfois d'une unité dans ces approches.

.a Etat des lieux

Reims est la douzième ville de France. C'est la ville la plus importante et le pôle économique principal de la région Champagne-Ardenne. La ville compte 190 000 habitants pour une agglomération de 220 000. Reims est une ville de la reconstruction, puisque c'est une des « villes martyres » de la guerre 1914-1918. Cela explique d'ailleurs que Reims soit une des villes les plus denses de France et qu'elle soit très riche en logements sociaux (40 % du total).

A Reims, un Maire adjoint est chargé des questions sociales. Un autre est chargé de la jeunesse. La santé scolaire, contrairement à Grenoble, a été laissée entièrement sous la responsabilité de l'Education Nationale, ce qui ne nous empêche pas de les soutenir financièrement et d'assurer un appui matériel. La question de l'enfance a également été déléguée. Par ailleurs, la ville de Reims est caractérisée par un tissu associatif très riche. En effet, nous comptons près de 1 000 associations sur l'ensemble de la cité, dont beaucoup d'associations de santé. Ainsi, nous disposons de très nombreuses structures (14 MJC, 14 centres sociaux, une dizaine de centres de soins infirmiers, qui sont des relais d'hospitalisation). Les centres de soins permettent de dispenser plus de 600 000 actes infirmiers par an. Ces structures sont subventionnées principalement par la ville de Reims. Ces centres de soins sont conventionnés de façon à ce qu'ils puissent être des relais de notre volonté politique de sensibilisation, d'information et de prévention en matière de santé. Par ailleurs, nous avons regroupé l'ensemble de nos centres de soins dans une union locale, dont je suis le Président.

Par ailleurs, Reims compte un CHU important, avec un PAS opérationnel. Nous comptons également une maison de l'adolescent, une maison du diabète, une mission locale, un centre d'accueil et de soins des toxicomanes, un réseau santé-précarité, etc. Tous ces dispositifs sont soutenus par la ville, et sont conventionnés en règle générale.

.b Contrat de ville

La ville de Reims a été amenée à s'occuper de la santé car nous sommes entrés très tôt dans le dispositif contrat de ville. Avant de rentrer dans ce dernier, nous avons réalisé un audit de la population pour savoir ce qu'elle percevait de la politique de la ville et quelles étaient leurs attentes. Or une des attentes de la population était une plus grande implication des élus dans la santé. Nous avons donc souhaité renforcer le contrat de ville. J'ai présenté un volet santé publique précis et argumenté. A mon sens, la santé est un droit pour tous. Chacun a un capital-santé qu'il doit entretenir. Ainsi, chacun doit être acteur de son capital-santé. Autrement dit, nous souhaitons afficher que la santé concernait tout le monde.

Le contrat de ville de Reims était en phase avec les priorités régionales et départementales de santé publique (diabète, nutrition, obésité, conduites addictives, conduits à risques, suicide, maladie mentale, intégration du handicap dans la ville). Nous avons souhaité mettre l'accent sur la nécessité de la transversalité entre les différentes structures existantes. Ces dernières avaient tendance à travailler en silo. Il nous fallait donc développer des liens transversaux entre elles.

.c Les ateliers santé-ville

Les actions engagées dans le cadre du contrat de ville étaient très souvent ou trop souvent calquées sur celles du département ou de la région. Il fallait optimiser ces actions. C'est pourquoi, dès 2004, nous avons souhaité rejoindre les ateliers santé-ville. Ces derniers nous ont offert des outils complémentaires, mais également un lieu de concertation entre tous les acteurs et une méthodologie. Par ailleurs, les ateliers santé-ville permettent de réaliser des diagnostics fins sur des zones bien délimitées et une évaluation des ressources existantes et de leur utilisation. En outre, les ateliers santé-ville permettent, sur un espace délimité, de déterminer un socle de base, qui peut être transposé sur d'autres secteurs. En somme, nous avons trouvé bien des avantages aux ateliers santé-ville. Cependant, suite à l'analyse des premiers résultats de ces dispositifs, les élus ont envie d'aller plus loin, de dépasser le strict cadre des ateliers santé-ville, d'autant plus que la ville est sollicitée pour participer à d'autres dispositifs, comme le cancérpôle du Grand Est.

.d Conclusion

En conclusion, les élus attendent de l'Etat plus d'efficience, mais également plus de concentration des dispositifs. Je souhaiterais que les dispositifs mis en place soient plus cohérents et plus lisibles. Je souhaiterais que la concertation soit encore optimisée, ainsi que la coordination. Par ailleurs, il est nécessaire de réaliser une contractualisation, et cela sur des objectifs locaux. Madame Charvet nous a rassurés sur la durée de trois ans pour la contractualisation. J'espère que la pérennisation annoncée permettra d'assurer au moins ces trois ans de contractualisation, ce qui est d'autant plus important que les élus changent. Cette garantie de trois ans permettrait de travailler de façon plus cohérente avec nos relais et l'ensemble de nos associations. Je souhaiterais également que ces dispositifs soient marqués par davantage de transversalité. En somme, le rôle premier des élus est de veiller à la qualité de vie de leurs concitoyens. La santé en est une des composantes majeures. A cet égard, il ne faut pas oublier la pandémie actuelle du sida (alors que l'on parle en ce moment beaucoup de la grippe aviaire !). Tous les élus, dans ces politiques de santé, doivent être des partenaires privilégiés.

Jean-Luc LAFON

La démarche pragmatique et réaliste de la ville de Reims s'inscrit, me semble-t-il, dans une volonté politique de faire avancer les choses dans le domaine de la santé.

.IV Le témoignage d'un expert**Pierre CHAUVIN****.1 Enquêtes menées par l'INSERM sur la situation des ZUS et des quartiers relevant de la politique de la ville**

Je suis épidémiologiste à l'INSERM. L'équipe que je dirige depuis 2000 s'intéresse aux déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins. A ce titre, en collaboration avec des collectivités territoriales et la DIV, nous avons mené depuis 2001 un certain nombre d'enquêtes dans des quartiers relevant de la politique de la ville. Je souhaiterais vous présenter quelques enseignements que nous avons tirés de ces enquêtes.

Dès 2001, nous nous sommes intéressés à la question de la polarisation sociale et de la concentration dans certains territoires de personnes en difficulté. Notre objectif était d'identifier les liens statistiques que l'on pouvait mettre en évidence entre les conditions de vie de ces publics, leur intégration sociale, leur état de santé et leur utilisation du système de soins. L'objectif était également de mesurer l'état de santé (évalué sur la base de questionnaires déclaratifs) et de comprendre la manière dont le cumul de handicaps sociaux était lié à ces situations de santé. Nous nous sommes beaucoup interrogés sur les différentes dimensions du lien social : familial, amical, dans un réseau de voisinage, dans un réseau de travail, dans le rapport des personnes aux institutions et aux dispositifs existants sur le territoire ou en dehors. Nous souhaitions également interroger les publics sur les différentes situations de rupture que pouvaient vivre les personnes dans les différentes dimensions du lien social (séparation de couple, perte d'emploi, migration, expériences vécues de discrimination, etc.). Il nous semblait également important d'interroger ces personnes à la fois sur des faits et sur la dimension subjective de la perception de ces événements par les personnes (y compris dans le rapport de ces personnes au territoire et à leur quartier).

.2 Méthodologie

Nous avons mené plusieurs études successives entre 2001 et 2004, dans sept quartiers d'Ile-de-France (ZUS, quartiers relevant de la politique de la ville). Nous avons travaillé à la fois avec des institutions très locales, avec des équipes de développement local dans ces quartiers, avec la DIV, la Direction générale de la santé, etc. Cette année, nous venons de terminer le recueil de terrain. A l'issue de ces enquêtes, nous avons constitué un panel qui soit à la fois représentatif de l'ensemble de la population d'Ile-de-France et tiré au sort dans 50 quartiers. Nous interrogerons des personnes issues de ZUS, des personnes issues de « quartiers pauvres » non classés en ZUS, des personnes issues de quartiers qui ne sont pas pauvres ou même riches. L'objectif est de connaître la situation et les conditions de vie et de santé des personnes défavorisées dans les quartiers.

Tout ce travail repose sur des hypothèses scientifiques (réalisées par des sociologues, des épidémiologistes et des professionnels de santé publique). Les enquêtes réalisées nous ont permis de confronter ces hypothèses à la perception des personnes, mais également aux interrogations des décideurs.

En somme, nous avons enquêté sur sept champs majeurs, et notamment :

- la situation socioéconomique des personnes ;
- l'intégration sociale des personnes (identités, réseaux sociaux, supports sociaux, capital social) ;
- le capital psychologique des personnes (estime de soi, sentiment de cohérence, sentiment d'efficacité, etc.) ;
- l'état de santé et le comportement de santé (perceptions de santé des publics interrogés, soucis, attentes, croyances de santé, expériences antérieures de la maladie et du système de soins) ;
- l'utilisation du système de soins (où les personnes vont, où elles ne vont pas, pour quelles raisons, etc.).

Ce type d'enquête constitue une démarche complémentaire par rapport aux données dont disposent les personnes intervenant dans le champ sanitaire et social, par rapport aux enquêtes menées auprès des bénéficiaires des dispositifs sociaux et sanitaires (qui, par définition, nous renseignent sur les populations qui fréquentent ces dispositifs, mais pas les autres).

Ces enquêtes permettent de fournir une photographie générale et représentative des territoires. La finesse de cette photographie dépend de la taille de l'échantillon. Si la procédure d'échantillonnage est bien faite, ces enquêtes permettent d'interroger tout le monde, depuis les personnes intégrées jusqu'aux « grands exclus » (c'est-à-dire les personnes qui restent à distance des dispositifs sanitaires et sociaux). Au terme de cinq ans, nous nous apercevons que cette technique d'échantillonnage repose sur un principe simple, même si sa mise en œuvre est lourde. Elle doit être réalisée avec une certaine rigueur.

Nous disposons aujourd'hui de 400 questions validées, qui sont publiques et qui concernent l'Ile-de-France.

.3 Enseignements tirés de ces enquêtes

Nous pouvons tirer quelques enseignements majeurs de ces enquêtes.

- **Les personnes interrogées ont un fort sentiment de discrimination et de mise à l'écart de la décision publique, un manque de confiance aigu dans les institutions publiques.**
Malgré cette méfiance, les personnes conservaient une confiance, au bout du compte, dans le système de santé, le système de protection sociale et l'Education nationale. Le sentiment d'exclusion subjectif était renforcé par une grande méconnaissance des dispositifs assistanciers et des dispositifs sanitaires existants, et par un déficit d'information médicale et de santé (qu'il s'agisse des informations délivrées au sein de la famille ou des dispositifs sociaux). Dans le même temps, les attentes de santé étaient très importantes parmi la population interrogée. Les questions de santé saillantes sont la santé mentale, la santé des femmes, l'accès au dépistage, les questions d'obésité, etc.
- **Les obstacles dans l'accès aux soins interviennent bien en amont des obstacles purement financiers.**
L'institution de la CMU n'est probablement pas une condition suffisante de l'accès aux soins. D'autres conditions doivent en effet être remplies avant celle de la situation financière des ménages, et notamment le capital psychosocial (estime de soi, capacité de se projeter dans l'avenir, etc.), la mauvaise connaissance des systèmes de soins et de prise en charge sociale. L'hôpital et la mairie sont considérés comme les premiers recours en cas de problème de santé. En tout cas, la santé est un problème majeur pour les personnes interrogées.
- **Dans les ZUS ou les quartiers relevant de la politique de la ville, la réponse à apporter aux demandes de santé et aux inégalités de santé passe par une meilleure coordination des dispositifs sanitaires et sociaux et par un réel effort d'information, de promotion et d'éducation à la santé.**
Cette coordination est préférable à la multiplication des dispositifs de soins. Mais il est vrai que nous avons interrogé des personnes dans des quartiers où les dispositifs étaient nombreux. En outre, ces quartiers sont situés à (relativement) peu de distance de Paris, ce qui facilite l'accès à l'hôpital et au système de soins.

.4 Perspectives pour ce type d'enquête

Quel est l'intérêt de ce type d'enquête dans les démarches ateliers santé-ville ? Les résultats sont précieux pour convaincre du rôle et de la place des communes, qui sont reconnus par les résidents. Ces enquêtes constituent également des outils précieux pour compléter le diagnostic de situation initiale pour compléter les « fantasmes » que peuvent avoir les élus ou les associations. Cependant, ces enquêtes ne permettent pas d'approcher la question du sida, de la tuberculose, du saturnisme, etc. Elles permettent toutefois de nous renseigner sur la souffrance sociale et mentale et sur les besoins liés aux maladies chroniques. Ces enquêtes permettent en outre d'évaluer les impacts à long terme d'une politique locale de santé.

Cependant, ces résultats sont difficilement transposables d'une ville à l'autre. Cela étant, cette méthodologie est désormais en place. Elle est à la disposition de tout le monde. Il faut à présent trouver les moyens de la diffusion de ces outils. Cela pose la question des moyens humains et financiers, qui sont nécessaires et importants pour reproduire ce type d'enquête.

Enfin, il faut insister sur la nécessité de compiler des données comparables. Ainsi, si d'autres enquêtes étaient menées, il faudrait pouvoir les compiler, ce qui permettrait d'extrapoler les résultats. Cette compilation des données pourrait par exemple être réalisée par l'Observatoire des ZUS.

Mise en œuvre de la Loi de santé publique : quelles organisations territoriales et quelles modalités de participation des villes ?

Table ronde n°3

Ont participé à la table ronde :

- *Didier EYSSARTIER, adjoint au Directeur général de la santé ;*
- *Catherine CHOQUET, Maire adjointe de Nantes ;*
- *Laurent EL GHOZI, Maire adjoint de Nanterre, Président de l'association «Elus, Santé Publique & Territoires » ;*
- *Françoise EYNAUD, Maire adjointe de Martigues ;*
- *Françoise TENENBAUM, vice-Présidente du Conseil Régional de Bourgogne, Maire adjointe de Dijon, Conseillère déléguée du Grand Dijon.*

La table ronde est présidée par Maryse LEPEE, Secrétaire générale de l'ARH Ile-de-France.

.I Introduction

Maryse LEPEE

La santé publique est une thématique qui intéresse les concitoyens que nous sommes et que nous côtoyons au quotidien. La santé fait partie des trois premières priorités citées par les Français dans les sondages. Les élus s'intéressent à ce thème également au niveau local. Au niveau national, je suis toujours très surprise que la santé ne fasse pas partie des programmes électoraux. Pour l'Etat, la mise en œuvre d'une politique de la santé est une question complexe. En effet, la santé est multiforme, éclatée, diversifiée, à la croisée du soin, de la prévention et de la réinsertion. Les acteurs de la santé sont nombreux (Etat, assurance-maladie, associations, départements, régions, etc.). Ainsi, l'Etat éprouve des difficultés à trouver une cohérence en matière de santé publique.

Nous aborderons l'ensemble de ces problématiques au cours de cette table ronde.

.II La Direction générale de la santé

Maryse LEPEE

Qu'en est-il de la mise en œuvre récente du décret sur les PRSP ? L'attente des élus locaux est très forte dans ce domaine. Quelle est la place de ces derniers dans ce dispositif ? *Quid* du rôle et de la fonction du GRSP ?

Didier EYSSARTIER

.1 La santé publique

La santé publique est très lourde, compliquée et pluridisciplinaire. Elle a une dimension collective, avec la volonté de développer une approche préventive dans tous les secteurs de la santé publique, et cela au plus près des populations. En effet, nous ne parviendrons pas à toucher nos cibles uniquement par des campagnes nationales. Nous devons également parvenir à clarifier les responsabilités des uns et des autres. La santé publique repose beaucoup sur la volonté politique. En effet, les citoyens, aujourd'hui plus qu'hier, ne veulent plus subir les politiques de santé publique, mais ils considèrent que c'est un bien pour lequel ils attendent beaucoup des pouvoirs publics. Enfin, la santé publique ne peut pas reposer sur une politique pensée dans un bureau, mais elle nécessite beaucoup de débats. Il faut donc trouver des espaces de débat public et de concertation. Sinon, la santé publique pourrait être perçue comme une politique répressive : certains pourraient penser qu'on les prive de certaines de leurs libertés.

.2 Les cinq principes opératoires de la loi de santé publique

Nous avons la chance de bénéficier de la nouvelle loi de santé publique. La dernière loi de santé publique datait de 1902. Cette loi était consacrée à l'hygiène et tenait sur trois pages. Autrement dit, nous avons connu bien des évolutions depuis. La nouvelle loi de santé publique donne cinq principes opératoires.

- **la responsabilité de l'Etat en matière de santé publique et de cohésion sociale.**
La responsabilité de l'Etat est réaffirmée par cette loi. Ainsi, la loi comprend un tableau de bord de suivi, qui comporte les 100 objectifs de la loi de santé publique. Autrement dit, il ne s'agit pas d'une loi de programmation comme dans les lois militaires. En effet, la loi de santé publique décrit ce qu'il est possible de réaliser dans différents domaines et propose de faire un bilan de l'état de santé publique. La loi a également lancé cinq plans stratégiques pour les cinq prochaines années : ils portent sur l'environnement national de la politique de santé publique.
- **la culture de résultat**
L'objectif est de quantifier les besoins et de mettre en place un processus allant jusqu'à l'évaluation. L'évaluation doit aider à la mise en œuvre. Elle doit être réalisée tous les cinq ans. Cette évaluation fonde la culture du résultat.
- **la rationalisation**
Il s'agit de clarifier les responsabilités, de coordonner les différents acteurs et de bien présenter les différents niveaux de responsabilité pour l'expertise, la concertation et la décision. Cette rationalisation sera permise notamment par le dispositif des PRSP.
- **le renforcement du niveau régional**
Le niveau régional est mis en avant par la loi de santé publique. C'est le niveau optimal pour la planification et pour une partie de la mise en œuvre de la politique de santé publique. Il faudra distinguer les compétences qui relèvent du niveau régional, du département, des communes, etc.
- **le développement des réseaux et des partenariats**
La loi de santé publique affiche la volonté de développer une véritable culture de réseau, grâce notamment aux PRSP. Il s'agit d'organiser un partenariat notamment entre l'Etat, l'assurance-

maladie, les associations, les collectivités territoriales, les professionnels de santé et les établissements de santé.

.3 Les PRSP

La planification au niveau régional est l'objet du programme régional de santé publique (PRSP). Des objectifs régionaux sont établis à partir de diagnostics précis et partagés. Il s'agit de définir des stratégies d'intervention par domaine de prévention, les leviers d'action pour atteindre ces objectifs et les responsabilités. Nous avons encore beaucoup à faire pour la conception et la mise en œuvre des programmes régionaux. Il nous faudra encore plusieurs années pour mettre cette culture en place et pour rénover les différents partenariats.

Toutes les régions se sont engagées aujourd'hui dans cette démarche. Il s'agit de déterminer non seulement les objectifs des programmes régionaux de santé publique, mais également les missions des différents acteurs.

Par ailleurs, nous attendons aujourd'hui la publication du décret des conférences régionales de santé. Les conférences de santé permettront d'organiser la concertation et le débat public, mais également de donner des avis sur les objectifs, sur les plans régionaux de santé publique et de suivre leur mise en œuvre. L'ensemble des élus sont membres des conférences régionales de santé.

L'Etat joue un rôle de coordination et d'impulsion à travers le Secrétariat du PRSP. Il donne un sens à ces processus. Le GRSP est l'échelon de mise en œuvre du PRSP. Par ailleurs, des crédits seront versés en direct pour financer les actions. En outre, la contractualisation est prévue dans le décret. Par exemple, les ateliers santé-ville sont une forme de contractualisation qui permet de mettre en œuvre cette politique. Les ateliers santé-ville permettent en effet d'identifier au niveau local les besoins des publics en difficulté, de mobiliser et de coordonner les différents intervenants. Ils permettent de faire le lien entre l'Etat, les partenaires qui définissent les leviers de mise en œuvre et ceux qui sont chargés de la mise en œuvre elle-même. Il s'agit également de pouvoir diversifier les moyens d'intervention à tous les niveaux.

.4 La place des élus dans le GRSP

En ce qui concerne la place des élus dans le groupement régional de santé publique (GRSP), nous avons souhaité mettre en place des GRSP opérationnels, avec un Conseil d'administration à format relativement réduit. Le Conseil d'administration est une instance politique et décisionnelle de mise en œuvre de la politique de santé publique et une instance de coordination de cette politique. Nous souhaitons donc que les élus de tous niveaux soient présents au sein du Conseil d'administration. L'Etat est responsable ; à ce titre, il est majoritairement représenté au sein du GRSP. Cela étant, le Conseil d'administration a prévu une place à tous les types de collectivités.

Les quatre représentants des élus et des communes adhérant aux GRSP doivent porter l'ensemble des revendications et des expériences locales. Ils ont un pouvoir d'interpellation très fort au sein du Conseil d'administration, où seront présentées les conventions et où seront définis les programmes d'action. Les représentants des communes auront la possibilité de critiquer les programmes présentés. Au-delà de ce pouvoir d'interpellation, il faut rappeler que le niveau régional est le niveau de planification des politiques de santé publique.

Maryse LEPEE

Quid de la notion de l'observation, qui est nécessaire pour mener une politique de santé publique au plus près des territoires ?

.III L'Observatoire local de la ville de Martigues

Françoise EYNAUD

.1 Les origines de l'Observatoire communal

Martigues est une ville de 43 000 habitants. La ville a mis en place un observatoire communal de la santé il y a plus de 10 ans. Cette initiative a débuté par le travail mené par les professionnels du centre mutualiste avec les syndicats et les CHSCT sur la question de la santé au travail. Notre territoire est touché par un certain nombre de maladies professionnelles (avec beaucoup d'expositions à l'amiante). Ce travail a conduit à l'élaboration d'une base de données qui a permis d'identifier les postes de travail à risques et les risques auxquels les personnels étaient exposés. Ce travail a été réalisé par une structure semi-privée. La ville a souhaité que cette structure devienne publique et a poursuivi ce travail. Ainsi, nous recevons les habitants de Martigues à l'observatoire. Ils nous décrivent les postes de travail qu'ils ont occupés au cours de leur vie et nous disent à quoi ils ont été exposés.

.2 Le fonctionnement de l'observatoire

Ainsi, nous avons développé un partenariat avec tous les médecins de la ville. Nous avons d'ailleurs recruté une personne à l'observatoire, qui est chargée de rencontrer tous les médecins dans leur cabinet, de sorte que nous entretenons des liens très forts avec l'ensemble des professionnels de la santé. L'observatoire édite un journal *Médecins à Martigues*, qui est adressé à l'ensemble des professionnels de la ville.

Nous réalisons également un travail avec la population, qui est considérée comme experte de son propre vécu. C'est cette même méthode que nous avons mise en œuvre pour l'atelier santé-ville. Nous avons en effet travaillé avec l'ensemble des professionnels de la santé, du social et la population.

.3 Exemple de la consultation de l'ARH

La communauté d'agglomération de Martigues n'a pas la compétence santé. Mais elle a été contactée par l'ARH pour qu'elle lui donne son avis sur le nouveau découpage de territoires de santé en 2003. L'ARH nous a interrogé sur les besoins du territoire en matière de soins et de prévention. Faute de pouvoir répondre à ces questions, la réponse est restée quelque temps en attente avant d'être relayée à Martigues. En effet, nous avons lancé l'atelier santé-ville depuis un an et l'observatoire communal de la santé depuis treize ans. En outre, nous entretenons des liens avec les associations qui interviennent dans le domaine du sanitaire et avec l'ensemble des professionnels. Ainsi, nous avons pu organiser une consultation de tous nos partenaires.

Le découpage proposé par l'ARH était calqué sur les communautés de communes. Il ne correspond pas toujours aux territoires des villes et des hôpitaux. Nous avons donc précisé à quoi correspondait

notre bassin de vie, et cela grâce au travail mené par l'observatoire. L'ARH a revu sa copie. Nous avons ainsi pu réunir dans un même territoire Martigues et les villes voisines.

.4 Le plan régional de santé publique

Nous sommes en train d'achever notre plan local de santé publique au terme des deux ans d'existence de l'atelier santé-ville. Nous sommes en train de le mettre en forme. Nous souhaitons qu'il soit repris dans le plan régional de santé publique.

Le travail mené jusqu'à présent nous semble prouver la nécessité de rester au plus près du territoire. Ainsi, l'atelier santé-ville de Martigues a permis de mettre en évidence le problème des maladies professionnelles. En somme, les ateliers santé-ville sont importants, notamment parce qu'ils constituent un lieu de concertation.

Maryse LEPEE

Combien d'agents compte l'observatoire local de Martigues ?

Françoise EYNAUD

Il compte deux personnes, qui s'appuient sur des réseaux.

.IV La place des élus locaux dans la politique régionale de santé

Françoise TENENBAUM

Le programme de l'équipe municipale en place depuis 2001 prévoyait la création de « Dijon ville santé » et la mise en place de programmes de prévention en partenariat avec l'ensemble des partenaires locaux et l'Etat. Le Conseil général de Bourgogne, pour sa part, a annoncé différents projets, qu'il a commencé à mettre en place, comme les maisons médicales pluridisciplinaires ou des allocations pour les infirmiers et les internes pour les inciter à faire leur stage en milieu rural.

Quel est l'échelon pertinent en matière de santé ? A mon sens, tous les échelons ont un rôle à jouer dans l'offre de santé faite à la population (soins et prévention). Il faut travailler avec l'ensemble des partenaires, l'Etat restant le chef de file : la santé est en effet une des missions régaliennes de l'Etat. C'est donc bien à lui de définir, en concertation avec l'ensemble des intervenants, à la fois les politiques de santé et les priorités de santé publique. Au plan local ou régional, il faut que les dispositifs soient mis en place avec l'ensemble des partenaires.

En ce qui concerne les GRSP et les PRSP, je déplore que les PRSP soient si vastes que ce ne soient plus des plans. En effet, cela n'a pas de sens de fixer 90 priorités dans un programme. C'est pourquoi les Conseils régionaux sont peu intéressés par les GRSP. En effet, rien n'empêche un Conseil régional de mener ses propres actions. Pourquoi un Conseil régional devrait-il participer à un groupement dans lequel les collectivités territoriales ne sont pas à parité ? Je ne vois pas l'avantage qu'aurait une collectivité territoriale à s'engager dans un GRSP. Les GRSP ne nous empêcheront pas de mener nos actions de prévention et des actions incitatives pour que les infirmiers et les sages-femmes s'implantent en milieu rural, dans les hôpitaux locaux, et notamment dans les services de gériatrie. Nous créons et nous finançons des maisons médicales

pluridisciplinaires, des maisons de garde, des réseaux de santé. Nous contribuons aux investissements des hôpitaux locaux et nous participons à la mise en place d'un réseau Internet permettant aux professionnels de santé des maisons médicales pluridisciplinaires et des hôpitaux locaux d'être reliés par Internet à haut débit avec les centres hospitaliers et le CHU pour échanger des informations leur permettant d'avoir la compétence des professeurs de médecine à disposition, pour partager non seulement des diagnostics, mais également des protocoles de soins.

En ce qui concerne la communauté d'agglomération, sans prendre la compétence, nous menons des actions. Ainsi, dans le cadre de la politique de la ville, nous avons mis en place un observatoire de santé sociale, qui a travaillé avec un cabinet spécialisé pour identifier les besoins de santé de nos quartiers relevant de la politique de la ville et l'implantation de l'offre de soins dans ces quartiers. Nous nous sommes rendu compte que nos quartiers de la politique de la ville n'avaient qu'une offre de soins très faible. Ainsi, les populations de ces quartiers sont obligées de se faire soigner à l'extérieur de leurs quartiers. Nous souhaitons aujourd'hui créer un atelier santé-ville d'agglomération, qui nous permettra de tenter d'implanter des professionnels de santé et de mener des actions de prévention. Le Comité de pilotage de cet observatoire de santé sociale est copiloté par la DDASS et la Communauté d'agglomération. Il comprend 60 partenaires : la Communauté de communes, la Caisse primaire, la CAF, la CRAM, les associations, les médecins libéraux, le CHU, le CHS, etc. Nous avons cherché à obtenir des données de la Caisse primaire. Cependant, les données de la Caisse primaire ne sont pas géographiques.

Par ailleurs, la région siège au Comex de l'ARH. Elle y a voix consultative. Nous ne savons pas encore si nous participerons à l'expérimentation. Nous travaillons à la préparation du SROS. Nous sommes également présents dans les conférences sanitaires de territoire. Nous souhaitons que les prochains contrats de pays de 2007 aient un volet santé.

En somme, les collectivités territoriales ont leur rôle à jouer à tous les niveaux. Mais il faut que l'Etat comprenne que les collectivités territoriales participent à un copilotage réel, et ne veulent pas être mises à contribution seulement sur le plan financier.

.V La participation des collectivités territoriales au GRSP

Catherine CHOQUET

Je m'interroge également sur la place accordée aux élus des communes et sur la pertinence du territoire défini par la loi. Cette dernière ne descend pas plus bas que l'échelon régional, même si elle précise que les élus locaux peuvent être associés au GRSP. Cette précision n'est pas très gratifiante, dans la mesure où cela semble indiquer que notre présence est souhaitée, mais pas réellement indispensable.

.1 Le rôle des régions

Si je suis convaincue de l'intérêt de la territorialisation, il faut toutefois souligner que les régions ont un rôle guère important dans le domaine de la santé. Ainsi, les vaccinations, après avoir été du ressort des régions, sont à présent sous la responsabilité de l'Etat, dans un mouvement, semble-t-il, de recentralisation. Il est proposé aux régions de participer au financement des établissements, ce à quoi je suis tout à fait opposée. Les régions doivent également participer à la formation des professionnels de santé.

.2 Le rôle des villes dans le domaine de la santé : éducation et prévention

Par ailleurs, je pense que les communes ne doivent pas intervenir dans le domaine du soin. Les communes doivent s'inscrire en complément du système en place. Les élus locaux doivent avant tout s'occuper de prévention et d'éducation. Il ne faut cependant pas comprendre « prévention » comme « dépistage ». La commune doit plutôt se charger d'éducation et de promotion de la santé. Pour cela, les élus locaux ont besoin d'être reconnus dans ce rôle.

Quand on parle d'aménagement des équipements sportifs et de développement des cheminements piétons dans la ville, l'activité induite par ces équipements permet de participer à la lutte contre l'obésité. L'amélioration de la qualité des transports et la réduction du trafic routier permettent d'améliorer la qualité de l'air et participent de la réduction des maladies respiratoires et des allergies. Réfléchir à l'amélioration du « vivre ensemble » permet également de réfléchir à l'amélioration des conditions qui favorisent une meilleure santé psychique pour toutes les personnes dans les villes. C'est ainsi que les villes peuvent contribuer à l'amélioration de la santé publique. Les élus locaux ne doivent pas se charger du soin en lui-même, mais influencer sur toutes les autres politiques susceptibles d'influer sur la santé de chacun. L'accès aux soins est un aspect important, mais ce n'est pas tout : il faut surtout avoir les moyens d'être en bonne santé et de le rester le plus longtemps possible.

En ce qui concerne l'éducation à la santé, les débats de santé publique permettent aux différents partenaires de rencontrer les citoyens et de leur donner des explications sur différents sujets relatifs à la santé publique. Les conférences de santé permettent de jouer un rôle important dans le domaine de l'information aux citoyens. Or ce rôle d'information est sans doute dévolu aux élus locaux.

.3 Les limites de la loi de santé publique

Enfin, la loi omet les questions de l'impact de l'environnement sur la santé. La loi prévoit un plan national et un plan régional, mais elle ne précise pas quelles actions peuvent être menées au plan local. Par ailleurs, la question des expositions professionnelles n'est pas véritablement précisée dans la loi.

Dans la mesure où toutes les politiques publiques peuvent éventuellement avoir une incidence sur l'état de santé des habitants, ne peut-on pas imaginer que 1 % de chaque grande politique publique soit versée à la santé. Ce serait légitime dans la mesure où chaque politique communale doit se préoccuper de la question de santé.

.4 L'importance de la participation des élus locaux aux GRSP

Pour ce qui est des GRSP, il me semble difficile de ne pas participer aux groupements régionaux de santé publique. En effet, les élus municipaux doivent porter toutes les questions que j'ai présentées dans mon exposé. Sinon, personne ne portera ces questions. Le GRSP est une étape dans la marche en avant !

.VI La complexité de la politique de santé publique

Laurent EL GHOZI

Je voudrais dire combien les politiques de santé publique sont opaques et incompréhensibles. Elles sont dépourvues de pilote.

Je suis à la fois Maire adjoint depuis 1989 et chef de service hospitalier à Nanterre depuis 1991. Je suis donc très impliqué dans les questions de santé, et je suis très souvent sollicité pour donner mon avis dans :

- les PRAPS (niveau départemental, niveau régional et niveau national) ;
- le schéma départemental accueil hébergement insertion (pilote par la DDASS et le Conseil général) ;
- la commission locale d'insertion et le comité départemental d'insertion (visant à impulser des actions de santé dans le programme départemental d'insertion) ;
- les SROS ;
- le PRSP ;
- le Conseil général (qui pilote le handicap) ;
- le projet maison des adolescents ;
- les équipes de réussite éducative de la politique de la ville (dont un des quatre volets est la santé) ;
- l'élaboration du projet de l'hôpital (auquel ne participe aucun élu local) ;
- etc.

J'ai le sentiment que toutes ces institutions travaillent sur la question de la santé, mais sans lien entre elles. On peut regretter l'absence de communication entre ces organismes. En somme, les élus sont souvent sollicités ; ils s'engagent ; mais ils n'ont aucun réel pouvoir. Il n'y a pas de véritable concertation, ni de pilotage de la question de la santé.

Le rôle des élus est réduit à la consultation quand on parvient à en trouver le temps. Comme je suis professionnel, je joue parfois le rôle d'expert. Je suis donc peut-être plus entendu. Mais je répète les mêmes choses depuis quinze ans, et je ne suis pas certain de l'écho que rencontrent mes interventions.

Le Conseil général nous invite sur les questions du PMI, des collégiens, de la prévention de la délinquance, du handicap, des personnes âgées, etc. Mais quand la prévention est recentralisée par l'Etat et que le Conseil général dit qu'il arrêtera les vaccinations et les CDAG, l'Etat vient solliciter les communes pour reprendre le rôle du Conseil général ! Les communes sont contraintes d'accepter pour que les habitants puissent être vaccinés.

Le Conseil général s'interroge. L'Etat, pour sa part, fait des lois intéressantes, qui prévoient une place pour les élus. Mais la notion de territorialisation de la loi de santé publique s'arrête au niveau régional : PRSP, SROS. Pourtant, l'Etat sait que les ateliers santé-ville sont le « chaînon manquant » de la mise en œuvre de la loi de santé publique. Il sait que les villes ont un rôle indispensable à jouer. Nous pouvons nous demander si les ateliers santé-ville n'ont pas été la seule occasion où un contrat a été conclu entre l'Etat et les villes. Les ateliers santé-ville et les contrats de ville augurent-ils d'une nouvelle gouvernance plus partenariale et plus contractuelle de la santé publique ?

Je plaide pour :

- **la reconnaissance du rôle des villes, de leurs compétences, du travail et de l'engagement des villes dans le domaine de la santé**

Les villes sont les seules capables de mettre en œuvre les politiques nationales et les plans régionaux et de les adapter aux spécificités des villes.

- **la reconnaissance de la place institutionnelle des élus**

Si l'on multiplie les échelons institutionnels et si chaque échelon lance sa propre politique de santé publique, le résultat sera décevant. Il faut que les élus, à tous les niveaux, soient parties prenantes des choix et de la mise en œuvre. Autrement dit, ils doivent disposer d'un pouvoir de codécision. Il faut que nous nous inscrivions dans une logique de coproduction de la santé publique.

Par ailleurs, l'ensemble des maires de France, dans le cadre du dernier congrès de l'AMF, demandent à l'Etat :

- une nouvelle gouvernance partagée ;
- des moyens et l'autonomie pour agir ;
- la simplification et la clarification des dispositifs ;
- un engagement durable.

A l'évidence, ces demandes sont également celles des élus qui s'occupent de la santé.

.VIIDébat avec la salle

De la salle

Doivent financer le fonctionnement du GRSP l'Etat, mais également l'Assurance-maladie. Ces deux financeurs suffisent !

Antoine LETOVAR, ancien directeur d'hôpital

Le caractère multifactoriel de la santé condamne l'Etat à être l'animateur, le régulateur, celui qui sanctionne, corrige et redresse les politiques de santé publique. Cela est nécessaire pour éviter les effets de cloisonnement territoriaux et les effets de cloisonnement liés à la pyramide des institutions, mais également pour éviter une forme de « narcissisme territorial ». Or l'Etat ne joue que timidement son rôle et n'impose pas sa vision de la santé publique.

Je retiens avec beaucoup d'intérêt la proposition que chaque politique publique contribue à hauteur de 1 % de leur budget à la santé. Cela permettrait la reconnaissance effective du caractère transversal de la santé publique, qui doit imprégner tous les domaines.

La décentralisation régionale de la politique de santé publique est amorcée. Mais il faut en tout cas affirmer la prééminence absolue de l'Etat pour assurer l'égalité d'accès de tous et l'équité dans le système de soins. Les élus ont un rôle majeur à jouer dans ce domaine, mais il faut que l'impulsion majeure soit celle de l'Etat, pour éviter que n'émergent des systèmes de soins régionaux.

Maryse LEPEE

L'Etat doit fixer le sens et inciter les partenaires à aller dans ce sens. Il définit les modalités du contrat et évalue la mise en œuvre. L'Etat doit avoir une vision stratégique de la politique de santé. Il contractualise et définit les critères de mise en œuvre du contrat, quel qu'il soit. Enfin, il évalue les résultats en fin de parcours.

Anne DECAUME, médecin de santé publique à Nanterre

La loi de santé publique précise la manière dont le système de santé publique fonctionne depuis l'Etat jusqu'au niveau local. Mais comment et à partir de quels critères l'Etat définit-il la politique de santé publique ? Or c'est au niveau local que l'on connaît les besoins de la santé publique. Les collectivités territoriales et les élus ont un rôle à jouer dans ce domaine pour informer l'Etat de ce qui se passe dans leur territoire. Cela va plus loin que les données de l'Assurance-maladie : en effet, les informations disponibles au niveau local sont plus fines que celles dont dispose l'Assurance-maladie. Cela nécessite que l'information soit remontée par les personnes qui travaillent sur le terrain. En particulier, les ateliers santé-ville sont bien placés pour pouvoir jouer ce rôle.

Par ailleurs, le rôle des élus n'est pas de s'occuper de la question des soins. En effet, le système de santé devrait permettre aux villes de s'occuper d'autres questions que celle des soins. Mais cela dépend de chaque territoire. En effet, le système de santé est très diversifié. Ainsi, en région parisienne, les soins de ville ne sont pas les mêmes que dans d'autres régions de France. Ainsi, en région parisienne, qui est marquée par beaucoup de précarité, il y a peu de secteurs I. Il en résulte que les gens n'ont pas accès aux soins. C'est pourquoi la dimension locale de la politique de santé est très importante. On ne peut donc pas affirmer *a priori* que les villes n'ont pas de rôle à jouer dans le domaine des soins.

Didier EYSSARTIER

Je rappelle que les 100 objectifs sont issus des débats menés au niveau local et régional. Ces débats ont permis de dégager des priorités, qui ont été étudiées par un groupe national d'experts, puis par le Parlement, qui, je le rappelle, rassemble des élus issus du terrain.

La loi de santé publique précise que l'observation fait partie du plan régional de santé publique. Elle dit également que le groupement régional a vocation à suivre les actions qui sont menées à tous les niveaux par tous les acteurs. C'est dans ce cadre que l'information doit remonter jusqu'au niveau régional.

Par ailleurs, les conférences régionales de santé ne visent pas simplement à définir des priorités et à donner un avis sur le plan régional, mais bien de suivre la mise en œuvre des actions menées, d'être parties prenantes et d'avoir connaissance des évaluations. La conférence nationale de santé est constituée à 50 % de personnes issues des conférences régionales. Autrement dit, l'information est remontée depuis le terrain jusqu'à l'Etat. Nous nous inscrivons en effet dans une logique de dialogue entre l'Etat, les élus et les citoyens.

Maryse LEPEE

Il y a le temps de la conception des SROS et le temps de la conception du PRSP, mais il y a également le temps de la mise en œuvre. C'est aux acteurs de terrain de nouer les partenariats et de créer du lien sur les territoires. Il vous appartient donc de mettre en œuvre les actions de terrain et de proximité.

Catherine CHOQUET

Je maintiens que la ville fait de la prévention et qu'elle ne doit pas faire de soins. En effet, en Loire-Atlantique, les chantiers navals de Saint-Nazaire connaissent un très grand problème d'amiante. En outre, nous sommes une grande région maraîchère, qui utilise beaucoup de produits phytosanitaires, ce qui induit bien des problèmes. Ce n'est pas aux villes de payer les soins liés à une exposition professionnelle d'amiante en entreprise. Les villes doivent chercher des partenaires dans le réseau, mais pas financer directement les soins. Elles ne doivent pas se substituer au système de soins ou aux associations.

Nathalie SIMONEAU, Médecins du monde

Vous avez indiqué que l'Etat fixait la politique de santé. Médecins du monde est au cœur de la lutte contre les inégalités de santé. Nous souffrons sur le terrain des contradictions permanentes de l'Etat, qui fixe des priorités de santé publique sans se préoccuper des personnes les plus éloignées du système de soins, des PAS qui ne sont plus soutenues depuis des années, des centres de santé qui ferment. La loi de santé publique prévoit différents échelons de concertation. Or des associations comme Médecins du monde n'ont jamais été aussi éloignées ou autant tenues à l'écart de tous les débats, des PRSP, des conférences de santé, etc. Personne ne nous invite !

De la salle, inspecteur principal à la DDASS de Loire-Atlantique chargé de la santé publique

La DDASS travaille sur le terrain. Elle connaît les élus et les associations. Nous cherchons à être présents sur le plan infra-départemental. Des financements sont prévus dans le cadre du PRSP. Ainsi, nous finançons tous les jours des programmes de santé, des actions de prévention, etc. Nos actions ne se voient pas beaucoup. Parfois, les élus nous oublient. Mais nous travaillons sur le terrain et nous cherchons à faire travailler ensemble tous les partenaires au profit des publics visés par les politiques de santé publique.

Maryse LEPEE

Nous n'avons pas remis votre travail en cause. En revanche, l'Etat ne sait pas faire connaître les actions qu'il mène. Il faut apprendre à communiquer et à faire savoir ce que nous faisons bien.

Martine ANTOINE, Fontenay-sous-Bois

La loi de 2002 donnait la possibilité de mettre en place des agences régionales de santé. Celles-ci permettaient d'assurer un meilleur équilibre entre la responsabilité de l'Etat, les collectivités territoriales, les professionnels et les citoyens. Or les dispositifs mis en place actuellement ne

prennent pas suffisamment en compte l'échelon local. Les citoyens ne trouvent pas véritablement leur place dans ce dispositif.

En ce qui concerne les résultats, nous avons besoin d'obtenir des moyens d'action pérennes pour pouvoir obtenir les résultats fixés. Par ailleurs, il faut éviter que l'objectif de rationalisation de la loi ne soit pas synonyme de rationnement.

Quid de la continuité des actions qui sont menées sur le terrain, dans les foyers migrants, dans les quartiers ZUS, etc. ? *Quid* des financements et des moyens pour les villes et les associations qui mettent en œuvre ces actions ?

De la salle, Arras

Concernant le rôle de l' élu local, y a-t-il beaucoup d'élus adjoints à la santé dans nos communes, dans les communautés de communes et dans les communautés urbaines ? Arras n'a pas de compétences santé au niveau des communautés urbaines. A force de batailler, j'ai obtenu qu'une sous-commission santé soit mise en place.

L' élu de base, qui est en contact régulier avec les populations qui peuvent avoir des problèmes de santé, est le mieux placé pour faire remonter les problèmes vécus sur sa commune ou sa communauté de communes. Or nombre de politiques sont décrétées sans le lien nécessaire avec l' élu de base.

Malgré tout, je continue de me battre, et notamment en bonne intelligence avec la DDASS du Pas-de-Calais.

Sylvie CARDINAL, Directrice adjointe à la DDASS du Nord

Il me paraît important de ne pas opposer un niveau à un autre. Nous avons besoin de l'ensemble des niveaux. L'Etat met la loi de santé publique dans le cadre régional. Il va de soi que la loi est votée par les Parlementaires, c'est-à-dire par les élus. C'est donc bien ensemble, quels que soient les niveaux, que nous mettons en place la politique de santé publique. Cela étant, l'Etat fixe le cadre, ne serait-ce que pour une question d'équité, pour que l'ensemble des citoyens aient le même droit aux soins sur l'ensemble du territoire.

Dans le même temps, dans la région Nord-Pas-de-Calais, l'Etat, les départements, la région et les communes travaillent ensemble à la mise en œuvre du PRSP, tant sur le plan de l'élaboration que de la territorialisation. Nous sommes en train de décliner les PRSP dans le cadre de territoires d'arrondissement. Les besoins de santé ont été établis sur la base des diagnostics mis en place dans le cadre de la politique de la ville. Nous souhaitons en effet lier l'ensemble des dispositifs : le dispositif santé de la politique de la ville, le dispositif PRSP, les autres dispositifs de droit commun mis en place par l'ensemble des collectivités.

Conclusion des travaux

Gérard SALEM

**Professeur à l'Université Paris X – Nanterre
Directeur du laboratoire « Espaces, Santé, Territoires »**

.I La nécessité de préciser les termes du débat

Nous avons parlé de « territoires de santé ». Je suis inquiet sur la façon dont on utilise ce terme, et d'autres. Ainsi, on parle trop souvent de santé alors que l'on ne parle que de maladie. On dit que l'on parle de santé, mais, en réalité, on parle du système de soins. Il serait important que l'on précise l'acception du terme « santé ». Cela permettrait d'éviter de se concentrer sur des solutions biomédicales alors que les problèmes sont avant sociaux, culturels, environnementaux, etc.

Par ailleurs, le terme de territoire a une double acception, à la fois scientifique et de sens commun. Aujourd'hui, on a utilisé beaucoup de termes : territoires de vie, bassins de santé, territoire de l'hôpital, niveau, échelle, échelon, territorialisation, etc. Nous risquons de perdre la substance même du concept de territoire. Il faut revenir à des éléments simples. Des travaux de l'INSERM (entre autres) ont souligné à quel point les inégalités sociales de santé en France étaient importantes : ce sont parmi les plus importantes d'Europe. Ces inégalités se couplent avec des inégalités territoriales de santé, qui sont parmi les plus importantes d'Europe. On pourrait avoir tendance à dire que les inégalités territoriales de santé ne sont que l'expression des inégalités sociales. Mais quelques travaux menés sur ce thème montrent que ce n'est pas le cas : il s'agit bien d'inégalités sociospatiales de santé. Par exemple, un immigré ou une personne n'ayant pas un haut niveau de qualification professionnelle habitant la banlieue est plutôt que la banlieue ouest scolarisera ses enfants dans certaines conditions, aura un certain type d'environnement, un certain type d'habitat, un certain type d'offre de soins et une certaine forme de culture de la santé. Ces cultures locales de la santé sont une des questions posées aujourd'hui aux collectivités territoriales.

Se pose donc la question de la construction territoriale de ces inégalités de santé. Qu'est-ce qui fait qu'en 30 ans, une région comme l'Ile-de-France, qui avait un niveau de santé plutôt moyen par rapport à la France, présente les mêmes inégalités entre l'est et l'ouest qu'entre le sud et le nord de la France ? Qu'est-ce qui fait que la région urbaine de Marseille voit baisser quantité de ses indicateurs de santé et que Rennes améliorent les siens ? Quels sont les processus de ces constructions territoriales de ces inégalités de santé ? Dans ce lien entre la santé et le territoire, nous nous intéressons au fait que le territoire est cause et conséquence du développement sanitaire. Les inégalités territoriales sont l'expression d'inégalités sociales, mais les inégalités de santé sont un facteur de dynamisme différencié de ces territoires. Cela soulève la question du coût social de la maladie et du coût territorial de la maladie. Intuitivement, nous pouvons nous douter qu'une population en mauvaise santé aura une production économique et un impact sur la dynamique de ses territoires moindres que si elle était en bonne santé.

En somme, il s'agit d'une question « politique », au sens d'une question relevant des affaires de la cité, mais également au sens des affaires de la commune. C'est en effet particulièrement sur la commune que s'intriqueront les différents facteurs déterminants de la santé (niveau scolaire, logement).

.II A quelles conditions faire de la santé une question politique centrale des communes ?

Il me semble que l'on peut faire de la santé une question politique centrale des communes à deux conditions.

.1 La nécessité de dresser un état des lieux

Premièrement, il faut dresser un état des lieux. Comme cela a été souligné ce matin et cette après-midi, notre appareil statistique se prête mal à la description des inégalités intra-urbaines. Pourtant, nous savons bien que ces inégalités intra-urbaines sont le plus souvent supérieures aux inégalités interrégionales. Nous manquons d'un état des lieux précis. En outre, les sources d'informations sont peu commodes et éclatées (CPAM, données de mortalité, etc.).

Il faudra donc dresser un état des lieux pour préciser les termes du problème, aider à la décision et faire de la santé une question publique.

.2 Faire de la santé une vraie question politique

Deuxièmement, il faut faire de la santé une véritable question politique, au sens d'une question qui intéresse directement la communauté. Or nous avons oublié les débats qui ont eu lieu par le passé sur les soins de santé primaires. Ces derniers étaient fondés sur l'idée de santé communautaire. Mais pour qu'il y ait une véritable santé communautaire (c'est-à-dire une prise en charge par la communauté des affaires de santé), il faut qu'il y ait une communauté ! Or le résultat des politiques urbaines de ces dernières peut nous conduire à nous interroger sur la réalité de ces communautés. La santé n'est-elle pas précisément un levier de construction de ces communautés (au sens des communautés de quartiers et de sous-quartiers), autour notamment des diagnostics communs des problèmes de santé des quartiers. Ces diagnostics permettent de connaître les besoins ressentis par les habitants, qu'ils soient vrais ou pas (peu importe). Par exemple, si les habitants font état de problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie, il s'agit peut-être d'un levier de construction d'un tissu social. Les événements passés nous prouvent combien ce tissu social est important.

Une autre façon de faire de la politique sur ces questions est l'intersectorialité obligée au niveau communal. C'est particulièrement au niveau communal que l'on pourra jouer sur les déterminants essentiels de la santé. Par exemple, un des leviers essentiels me semble être la question des secteurs scolaires. Il faut également relier les différents acteurs : élus, associations, CPAM, Allocations familiales, Santé scolaire, etc. C'est au niveau communal (qui est la maille la plus fine) que l'on a la possibilité de faire de la politique au sens fort du terme.

Il faut également se convaincre que les questions de santé ne sont pas seulement des questions techniques. Les techniciens peuvent présenter les éléments du choix et dresser des états des lieux, ou encore montrer les avantages et inconvénients de telle ou telle décision de santé publique ou de tel ou tel type d'allocation de ressources. Mais si l'on considère que la santé est une affaire politique intéressant la cité, cette décision doit interpeller toute la communauté.

Or j'ai le sentiment que l'on a oublié le beau projet de Kouchner, qui était celui de démocratie sanitaire. Or l'une des conditions de la démocratie sanitaire est la possibilité de faire des choix éclairés sur les priorités sanitaires.

Clôture

Docteur Laurent EL GHOZI

Maire adjoint de Nanterre

**Président de l'Association Nationale des Villes pour le développement de la Santé Publique
« Elus, Santé Publique & Territoires »**

Je vous remercie d'être venus. L'objectif était de partager un certain nombre d'expériences, de dialoguer sans concession avec l'Etat. Je crois que nous avons tenu ces objectifs.

Ces rencontres sont une première étape. Nous devons continuer le travail initié aujourd'hui. Il reste nombre de questions à approfondir, comme la santé mentale, la santé environnement, etc. Ces questions nécessitent que l'on se donne du temps pour les approfondir. Plus nous serons informés et éclairés, plus nous pourrons peser sur le débat public et les choix des priorités de l'Etat et des régions, et plus nous pourrons éclairer les habitants. Si nous voulons mettre en œuvre une véritable démocratie sanitaire, nous devons élever le niveau général de culture en santé publique. Pour cela, il faut interpeller l'ensemble de la cité, du citoyen jusqu'au Ministre. C'est un des objectifs de l'association « Elus, Santé Publique & Territoires ».