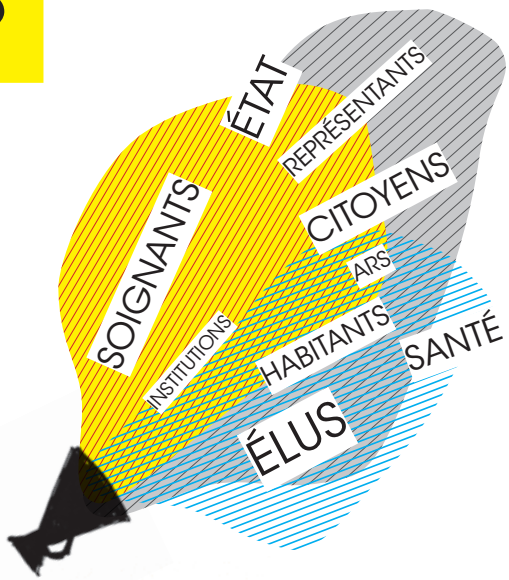
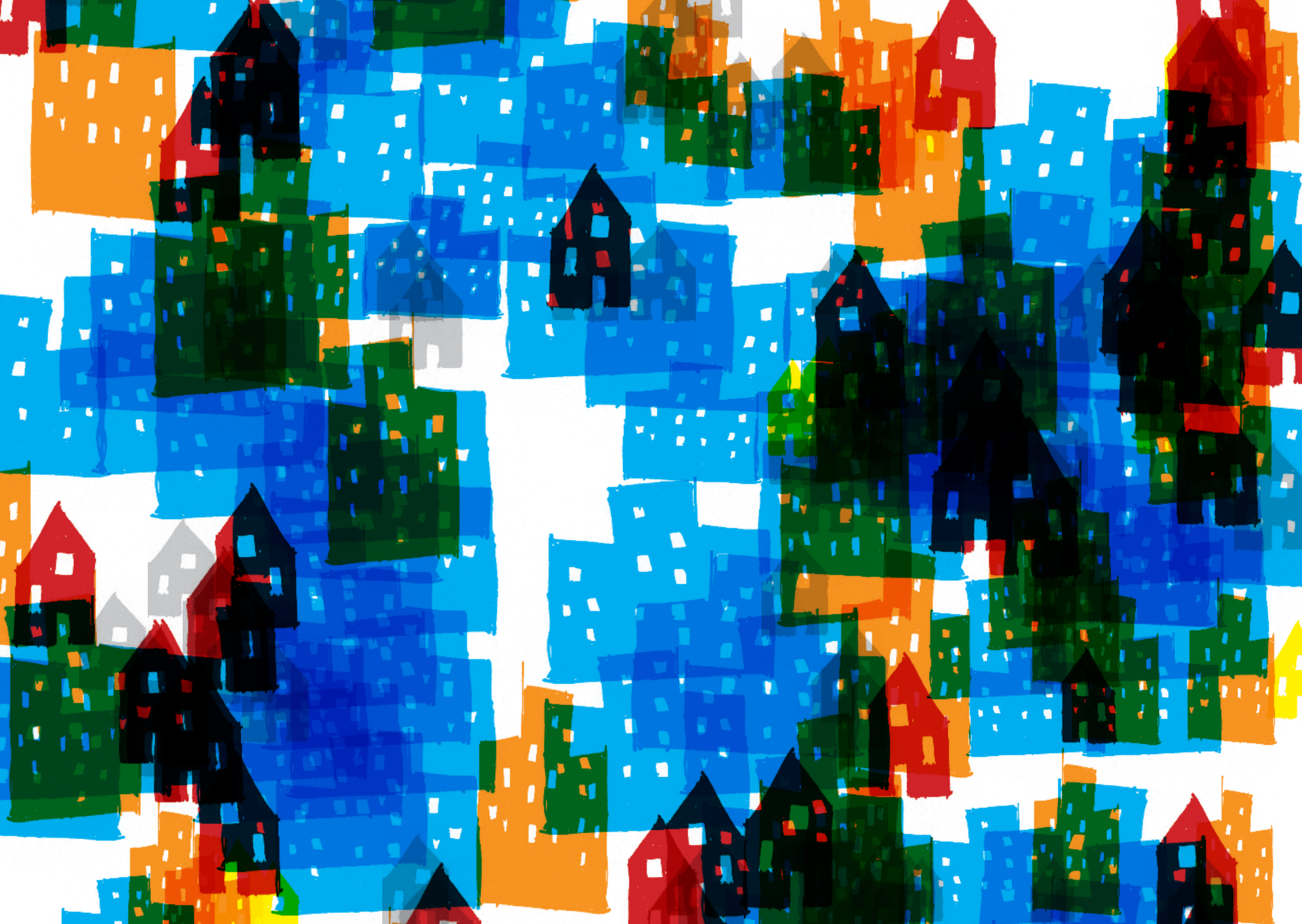
21 ème journée nationale d'étude
« Élus, Santé Publique & Territoires »

LES VILLES : FABRIQUES DE SANTÉ ?

vendredi
20 **SEPTEMBRE 2019**

PARIS
Grand Amphi du GHU Paris
Psychiatrie et Neurosciences





élus santé publique & territoires

PRÉSENTATION DE «ÉLUS, SANTÉ PUBLIQUE & TERRITOIRES» ASSOCIATION NATIONALE DES VILLES POUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA SANTÉ PUBLIQUE

L'association «Élus, santé publique & territoires» a été fondée en octobre 2005 par des élus locaux pour contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé par la promotion des politiques locales de prévention, promotion et éducation à la santé.

« Élus, santé publique & territoires » est un réseau national d'élus souhaitant développer une politique locale de santé, dans un cadre contractualisé avec l'État, en s'appuyant sur le modèle de l'Atelier santé ville dans les quartiers politique de la ville et globalement celui des Contrats Locaux de Santé, inscrits dans la loi HPST du 21 juillet 2009 puis la loi de modernisation de notre système de santé du 16 janvier 2016. Le réseau plaide en faveur de l'affirmation et la reconnaissance du rôle des communes et de leurs groupements dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique territoriale de santé s'appuyant sur les leviers d'action puissants dont disposent les élus locaux sur leurs territoires, en cohérence avec les avancées portées en ce sens par la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. L'association promeut un travail intersectoriel, inter institutionnel et interprofessionnel, qui consiste à introduire la « santé dans toutes les politiques » et, au-delà, à mettre en œuvre des réflexions sur l'évaluation de l'impact en santé.

« Élus, santé publique & territoires » met pour cela en place des échanges et réflexions afin de mutualiser les expériences locales pertinentes. Elle organise une à deux fois par an des Journées nationales d'étude.

Un partenariat avec l'Université Paris Nanterre lui permet de développer les travaux de recherche sur la santé en milieu urbain et à les rendre utilisables par les décideurs locaux.

L'association accompagne également les collectivités dans le développement de programmes territoriaux de santé et la mise en œuvre de démarches telles que les Ateliers santé ville, les Conseils locaux de santé mentale, les Contrats locaux de santé.

Les élus de l'association participent, en outre, à différentes instances locales, régionales ou nationales, qui structurent les réflexions et le développement des politiques de santé publique et de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (Comités de pilotage et d'organisation de séminaires et conférences, groupes de travail ou groupes de réflexion, conseils scientifiques, jurys d'appels d'offre…).

Trois objectifs pour fédérer les élus locaux…

- ***Promouvoir toute politique visant à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé,*** favorisant l'accès aux droits, aux soins, à la prévention, à la santé égale pour tous, contribuant à l'éducation et à la promotion de la santé et intégrant les déterminants de la santé, en particulier environnementaux ;
- ***Affirmer, faire reconnaître et légitimer le rôle des communes et de leurs groupements dans la mise en œuvre de politiques territoriales de santé publique,*** en particulier dans le cadre d'une coproduction avec l'État ;
- ***Développer et consolider toute forme de programme de santé publique contractualisé entre les collectivités territoriales et l'État,*** dans la logique et sur le modèle des «Ateliers Santé Ville» développés dans le cadre de la Politique de la ville.

L'association en quelques chiffres…

15 ans d'existence…

50 collectivités adhérentes ou correspondantes dont 2 communautés d'agglomération

L'association et ses partenaires financiers…

ESPT est considérée comme «Tête de réseau» à l'échelle nationale et soutenue par le Commissariat général à l'égalité des territoires, par la Direction Générale de la Santé et Santé publique France. Les villes adhérentes contribuent également au développement de l'association par une adhésion volontairement modeste.

L'association en quelques dates…

- ***Octobre 2005 :*** Création de l'association nationale des villes pour le développement de la santé publique «Élus, santé publique & territoires», dans la dynamique des Ateliers Santé Ville et à la suite des Assises pour la Ville d'avril 2005.
- ***Novembre 2005 :*** PARIS : Premières rencontres nationales des villes pour le développement de la santé publique sur le thème des inégalités de santé
- ***Octobre 2006 :*** NANTES : 2e Journée d'étude **«Santé mentale et ordre public : quelles compétences pour les élus locaux ?»**

- *Mars 2007 :* GRENOBLE : 3e Journée d'étude **« Le maire et le psychiatre : ensemble pour la santé mentale ».**
- *Juillet 2007 :* Mobilisation nationale pour la sauvegarde et le développement des ASV.
- *Octobre 2007 :* REIMS : 4e Journée d'étude **« Offre de soins, accès à la santé : quel rôle pour les élus locaux ? ».**
- *Octobre 2008 :* SAINT-DENIS : 5e Journée d'étude **« Santé des jeunes : une préoccupation des élus locaux ».**
- *Décembre 2008 :* PARIS : 6e Journée d'étude - Colloque européen avec le Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS – Lille) **« Élus et psychiatres : quelles bonnes pratiques selon l'OMS pour la prise en charge des malades psychiatriques dans la cité ? »**
- *Avril 2009 :* LILLE : 7e Journée d'étude **« Politique de santé et développement durable : comment croiser ces deux impératifs au niveau local ? ».**
- *Octobre 2009 :* MARSEILLE : 8e Journée d'étude **« L'observation locale en santé : du diagnostic au pilotage de la politique de santé publique »**
- *Février 2010 :* PARIS : 9e Journée d'étude **« Santé mentale, SécuritéS et LibertéS – le rôle des élus locaux ».**
- *Septembre 2010 :* PARIS : Xe Journée d'étude **« Journée de synthèse du séminaire sur la réduction des risques et les salles de consommation à moindre risque »**
- *Novembre 2011 :* LE HAVRE : 11e Journée d'étude **«Politique de santé et programme de réussite éducative, des synergies à construire à l'échelle locale »**
- *Janvier 2012 :* PARIS : 12e Journée d'étude co-organisée avec le CCOMS-Lille – thème : **« Citoyenneté et santé mentale» - 1e rencontre nationale des conseils locaux de santé mentale (CLSM)**
- *Mars 2013 :* LYON : 13e Journée d'étude co-organisée avec le CCOMS-Lille – thème : **«Villes et santé mentale » - 2e rencontre nationale des CLSM**
- *Septembre 2013 :* NANTERRE : Colloque international co-organisé avec l'Université de Nanterre et de nombreux partenaires - **Dynamiques urbaines et enjeux sanitaires.** *(pas de publication)*
- *Septembre 2014 :* NANTES : 15e Journée d'étude co-organisée avec le CCOMS-Lille – thème : **Démocratie et santé mentale : Quelles politiques ? quels acteurs ? quels partenariats ? 3e rencontre nationale des CLSM**
- *Novembre 2015 :* PARIS : 16e Journée d'étude avec la Ville de Paris, le Réseau environnement santé et le soutien de l'AP-HP et du Réseau français des villes-santé de l'OMS : **Santé environnementale : le pouvoir des villes.**
- *Décembre 2016 :* RENNES : 17e Journée d'étude ESPT et rencontre nationale du Réseau français des Villes-santé de l'OMS, manifestation organisé conjointement par les deux associations : **Politique locale : enjeux et dynamiques**
- *19 janvier 2017 :* TALENCE : 18e Journée d'étude ESPT co-organisée avec le CCOMS-Lille, 4e rencontre nationale des CLSM : **Le CLSM : une révolution tranquille.**
- *12 et 13 décembre 2017 :* MARSEILLE : 19es Journées d'étude ESPT : **Habitat et Santé mentale**
- *18 décembre 2018 :* GRENOBLE : 20e Journée d'étude ESPT : **Santé et vieillissement : quel rôle pour les villes ?**
- *20 septembre 2019 :* PARIS : 21e Journée d'étude ESPT : **Les Villes, fabriques de santé ?**
- *15 novembre 2019 :* LILLE : 22e Journée d'étude ESPT - 5e Rencontre nationale des CLSM co-organisée avec le CCOMS-Lille : **Les CLSM, 12 ans après : qu'est-ce qui a changé ?**

Les Actes des différentes Journées d'étude sont téléchargeables sur le site : www.espt.asso.fr et disponibles en format papier sur simple demande.

ESPT contribue régulièrement à des **publications à destinations des élus et acteurs locaux,** en partenariat notamment avec Santé publique France, l'ARS Île de France, le Réseau français des Villes-Santé de l'OMS, l'Université Paris Nanterre ...

Exemples récents :

- **« Élus locaux, la santé mentale vous concerne ! Pourquoi ? Comment agir ? Les Conseils Locaux de Santé Mentale »**, brochure proposée par le CCOMS pour la recherche et la formation en santé mentale Lille et ESPT
- **Promouvoir le dépistage organisé du cancer du sein et réduire les inégalités socio-territoriales de santé : un guide pour l'action à l'attention des élus et acteurs locaux,** brochure proposée par l'ARS IdF, l'Université Paris Nanterre, le laboratoire LADYSS et ESPT, fruit de la synthèse d'une recherche-action réalisée par la sociologue Julia Bardes
- **Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé : Intérêts d'une approche locale et transversale,** document de plaidoyer destiné aux élus des communes et de leurs groupements, proposé par l'INPES, ESPT et le RfVS OMS
- **L'évaluation d'impact sur la santé : Une aide à la décision pour des politiques favorables à la santé, durables et équitables,** document proposé par l'INPES et l'UIES

Pour contacter l'association :

Par courrier : 31 rue de Gisors 95300 PONTOISE
Par téléphone : 06.71.61.18.05
Par mail : contact@espt.asso.fr

SOMMAIRE

LES VILLES : FABRIQUE DE SANTÉ

8 **OUVERTURE**

18 **TABLE RONDE**
L'ÉCLOSION D'UN PLAIDOYER RECONNAISSANT LE RÔLE DES VILLES DANS LA FABRIQUE DE LA SANTÉ

23 Déterminants de la santé et inégalités sociales et territoriales de santé : des connaissances scientifiques acquises à leurs implications pour l'action publique locale

27 Ville et santé environnementale

30 Comment le CNFPT a-t-il concrétisé ces enjeux en termes de formation depuis quinze ans ?

32 « Territorialiser » : pour quels espoirs placés dans la figure du territoire ?

36 Plaidoyer national et portage politique au cœur des territoires : les élus locaux s'engagent

66 **CONTRECHAMP DE LA MATINÉE**

74 **TABLE-RONDE**
QUELS SAVOIRS POUR QUELLES DÉCISIONS LOCALES ?

78 Chercheurs-acteurs-décideurs : la démarche partenariale pour connaître et agir sur la santé au niveau local

82 Que veut dire « territorialiser les politiques de santé » ? Une expression, des interprétations !

85 La place de la Ville dans l'organisation de l'offre de soins et de santé

89 Les rapports entre les collectivités locales et les Institutions : quelles opportunités et quelle légitimité pour les élus locaux à agir en santé ?

93 La démocratie en santé : des élus et des citoyens alibis ?

112 **CLÔTURE**

OUVERTURE

Laurent EL GHOZI,
président d'Élus, Santé publique & Territoires

Bonjour à toutes et tous, et merci de votre présence aujourd'hui. En tant que président de l'association « Élus, Santé publique & Territoires », je remercie Serge BLISKO, avec qui nous partageons, depuis de nombreuses années, de l'amitié, des convictions et un engagement pour la santé, de nous accueillir ici, au Centre Hospitalier Sainte-Anne dont il est le président du Conseil de surveillance. La parole est donc à Serge BLISKO pour quelques mots d'introduction.

Serge BLISKO,
président du Conseil de surveillance du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences

Merci, Laurent. Mesdames et Messieurs, chers amis, c'est avec beaucoup de plaisir que j'ai accepté, en tant que président du Conseil de surveillance du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, d'ouvrir cette Journée nationale d'étude. Pour rappel, le GHU est la réunion de trois hôpitaux publics parisiens destinés à la psychiatrie : Sainte-Anne (ici même, au sud de Paris), Maison-Blanche (au nord, rive droite) et Perray-Vaucluse (dans l'Essonne, accueillant notamment les malades du XVIIe arrondissement).

La particularité de Sainte-Anne est d'avoir les neurosciences (neurologie, neurochirurgie, neuro-animation, neuro-oncologie, ECP, neuroradiologie interventionnelle...). L'hôpital Sainte-Anne est donc devenu un grand centre en neurosciences en particulier pour les AVC, la chirurgie du dos et du rachis... toutes choses que nous connaissons bien ici et qui mettent ce site, et plus généralement le GHU, au premier rang de l'excellence.

La raison de cette introduction quelque peu organisationnelle est que ce GHU a connaissance depuis très longtemps, avec ces deux casquettes, de ce qui se passe dans la ville. Même si nous avons chaque fois à faire à des citoyennes et citoyens dans la médecine d'hospitalisation, il y a quelque chose de particulier en psychiatrie : c'est l'organisation territoriale avec la « sectorisation psychiatrique » depuis les années soixante. Chaque département français est divisé en secteurs (un pour environ 70 000 habitants, soit un, deux ou trois arrondissements parisiens en fonction de leur taille). C'est une médecine particulière au plus près des patients avec des structures décentralisées, dont nous n'avons pas la primauté ni la primeur.

Le GHU Paris comprend 170 structures, l'hôpital lui-même n'étant que l'une d'entre elles. 95 % des patients en psychiatrie sont traités à l'extérieur de l'hôpital, mais cela ne veut pas dire qu'ils n'y vont jamais. Certains consultent en CMP (structure de base du secteur) avant d'être dirigés vers d'autres structures très différentes en fonction de leur état, de leur situation sociale et familiale ainsi que de leurs possibilités d'autonomie. C'est là que la question de la liaison entre la ville et la santé s'avère importante.

Quand j'ai commencé ma carrière à peu près à la même époque que toi, Laurent, la santé en ville se résumait au bureau municipal d'hygiène chargé de surveiller les vaccinations et aux attributions traditionnelles des maires en matière de salubrité publique. Heureusement, les vaccinations sont devenues un plus vaste sujet qui n'échappe pas notamment à la vigilance des maires. Dans les cinquante dernières années, il y a eu une révolution dans ce domaine : l'idée que la santé intéresse tout le monde, les patients et leur famille au premier chef, et qu'elle doit amener les élus du territoire à coopérer avec les structures de santé du secteur public. Je rappelle que notre pays comporte trois systèmes de santé et d'hospitalisation différents.

De ce point de vue, nous avons constaté avec intérêt que nombre d'éléments négatifs de l'évolution au cours de ces dernières années ont conduit de plus en plus d'élus à s'occuper du domaine de la santé. La crise de la démographie médicale a notamment entraîné un effritement de l'offre de soins libérale, de ville, avec des délais de plus en plus longs pour obtenir un rendez-vous avec un spécialiste, en particulier de secteur 1 du point de vue de la tarification de la Sécurité sociale. Même le médecin généraliste, qui est le praticien de base, est devenu peu accessible ou très âgé, voire absent d'un certain nombre de nos quartiers et de nos territoires. Cette situation a conduit les élus à s'occuper de l'offre de soins.

Par ailleurs, la demande a évolué. Dans nos jeunes années, la santé concernait des épisodes aigus. C'est aujourd'hui un problème chronique auquel notre pays doit faire face : 12 millions de personnes (plus de 15 % de la population) sont, auprès de la Sécurité sociale, en ALD. Est-ce que ce sont des malades chroniques, des malades bien portants ou des personnes en surveillance ? En tout cas, ces personnes vivent avec une pathologie présentant des épisodes récurrents et d'autres plus aigus, avec des contrôles, des angoisses, et qui fréquentent des structures médicales, médico-sociales ou d'accompagnement. Un certain nombre de maladies (AVC, Alzheimer, Parkinson, cancer, maladies cardiaques au long cours...) impactent les patients et leur famille. Ce phénomène est devenu important ces dernières années, et ce n'est pas uniquement dû à la crise de la démographie médicale. La santé est un élément constitutif. Je crois essentiel que les élus travaillent en lien étroit avec les structures sanitaires et médico-sociales, ce qu'ils ont commencé à faire.

Nous avons aujourd'hui des populations extrêmement fragiles, notamment les personnes en situation de précarité ou sans domicile ainsi que les migrants. Toutes ces personnes posent dans les villes des problèmes spécifiques, notamment de santé publique (addiction...). L'implication des élus et des collectivités locales est très importante dans le cadre de la santé publique.

Nous commençons à faire des études épidémiologiques sur la ville, le logement, la « suicidologie », qui sont de gros problèmes urbains. Nous avons passé un contrat avec la Ville de Paris pour aborder un certain nombre de questions épidémiologiques et trouver des solutions sur un certain nombre de sujets qui nous paraissent extrêmement importants (le problème du logement des personnes sortant d'hospitalisation en psychiatrie ou des personnes les plus précaires...). Nous déployons des politiques de santé et de précarité qui vont à la rencontre des patients très éloignés des structures de santé.

Je vous souhaite une bonne journée de travail. Je te laisse la parole, Laurent, pour la suite de la matinée.

Laurent EL GHOZI,
président d'Élus, Santé publique & Territoires

Merci, Serge, d'avoir montré, à la lumière de ton expérience d'ancien élu et de responsable du Conseil de surveillance, tout ce que la ville pouvait apporter à la santé et devait faire avec les hôpitaux et les soignants. C'est effectivement une révolution dans la mesure où nous ne parlions pas du tout de ces questions il y a vingt ans et où il y avait très peu d'élus engagés à la santé.

Avant de commencer cette table ronde, j'aimerais remercier Lazare REYES, qui représente la Direction de cet établissement et que je remercie de nous accueillir dans ce magnifique amphithéâtre. C'est toujours agréable d'être bien reçu, et surtout entendu. Merci de transmettre nos remerciements à monsieur CHASSANIOL, qui n'a pu se libérer ce matin.

Je tiens également à déplorer l'absence de la ministre Agnès BUZYN, ou de son représentant, au moment même où elle souligne largement la nécessité du lien avec les élus locaux, l'importance de leur engagement

et de leurs actions pour la réussite de la stratégie nationale de santé et de la nouvelle loi d'orientation et de transformation du système de santé. C'était l'occasion d'entendre ce que peuvent dire et faire les élus, comment ils réfléchissent et souhaitent agir. J'espère que nous aurons l'occasion de travailler ces questions avec le ministère de la Santé.

Cette 21e Journée nationale d'étude de l'ESPT sera quelque peu différente des précédentes. Il n'y aura pas de retours d'expérience, d'actions prometteuses, d'échange de points de vue des uns et des autres ni de thématiques précises. Nous avons souhaité mettre à votre disposition (à l'entrée) une partie des Actes de nos journées d'étude portant sur des thématiques importantes (les personnes âgées, la santé mentale, l'environnement…) sur lesquelles nous avons travaillé. C'est grâce au soutien financier de l'INPES devenu Santé publique France, du CGET et de la DGS que nous avons pu les éditer pour vous les distribuer.

Pour cette 21e Journée, nous vous proposons une réflexion collective, critique et constructive sur les quinze ou vingt dernières années et sur la conviction que nous portons, à savoir que la ville pourrait être, dans toutes ses dimensions, un lieu de fabrique de la santé. Nous avons pris soin d'ajouter à ce thème un point d'interrogation. Ce que nous a dit Serge est en train de devenir réalité. Après presque quinze années d'action d'ESPT et d'autres associations, je crois que le sujet mérite réflexion.

Par ailleurs, notre association « Élus, Santé publique & Territoires » arrive aujourd'hui en fin de cycle après quatorze ans de plaidoyer. Les mandats de son président, de sa première vice-présidente, Marianne AUFFRET, maire adjointe du XIVe arrondissement, et de nombre de ses membres prennent fin dans six mois. ESPT a un réel besoin de renouvellement. Il nous appartient de transmettre aux nouveaux élus ce que nous avons fait et ce que notre action a changé. Cela nous paraît d'autant plus nécessaire dans la mesure où ce que nous plaidions dans le désert il y a quinze ans, quand nous avons créé ESPT avec une douzaine d'élus, semble advenir ou être en passe d'advenir. Un certain nombre de points qui semblent aujourd'hui des évidences ne l'étaient pas à l'époque.

La territorialisation, par exemple, nous apparaissait comme une évidence. C'est un terme que nous retrouvons aujourd'hui partout, y compris dans les lois, mais qu'est-ce que cela signifie ? S'agit-il du retrait de l'État en confiant de plus en plus de responsabilités aux collectivités locales ou est-ce le début d'un partenariat de confiance entre les collectivités locales et l'État, partenariat que la ministre semble appeler de ses vœux ?

La notion de déterminants de santé était aussi une évidence de même que les impacts sur la santé de toutes les politiques, dont on fait même aujourd'hui des évaluations et sur lesquels nous avons essayé de réfléchir et d'agir. Il y a une évidence de l'intersectorialité et de la transversalité, laquelle est indispensable, mais qui porte véritablement cette transversalité que ce soit au niveau du gouvernement, des ARS ou au niveau local ?

Le lien entre santé et environnement, dans toutes ses dimensions (eau, air, climat, urbanisme…), était également une évidence, plus personne aujourd'hui ne le remet en cause. Pourtant, les maires qui veulent interdire les pesticides sur leur territoire pour protéger leurs concitoyens sont traînés devant le tribunal administratif. Ce n'est donc pas une évidence pour tout le monde. Le Parlement rechigne à légiférer courageusement sur le sujet. Il en est de même sur le sujet de l'habitat indigne, lequel est le plus souvent révélé par des pathologies. Il semblerait que le ministère de la Santé envisage de sortir cette question de l'habitat indigne du champ de la santé et des responsabilités des ARS. Je pense que nous devons être particulièrement vigilants sur ce qui va sortir de façon à pouvoir réagir à temps.

Évidence aussi de l'indispensable participation des patients et des citoyens. Tout le monde est convaincu de la nécessité de la participation et du développement de la démocratie sanitaire. Dans nos projets territoriaux de santé, quelle place donnons-nous véritablement aux usagers de la santé et, plus généralement, aux citoyens ? Quelle est la part d'écoute effective des savoirs non experts ?

Évidence du besoin de recherche interventionnelle. Nous avons travaillé avec un certain nombre de chercheurs pour essayer de diffuser cette notion de recherche interventionnelle afin d'éclairer les décisions publiques, mais, dans les faits, quels sont les moyens et la reconnaissance académique de ces travaux ?

Évidence du besoin de lutter contre les inégalités sociales et territoriales, sujet sur lequel nous sommes très impliqués. Dans le même temps est envisagée la réduction du champ de l'Aide Médicale d'État.

Évidence de la proximité locale, mais qui l'anime et qui en est responsable ? Est-ce que ce sont les élus, les futures communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ou l'hôpital ? L'hospitalo-centrisme nous a fait beaucoup de mal.

Pour vous, pour nous et pour de plus en plus de personnes, toutes ces évidences semblent désormais acquises. En réalité, ce n'est pas tout à fait le cas. Où en sommes-nous vraiment aujourd'hui ? Que recouvrent toutes ces évidences en forme de victoire pour nos plaidoyers ? Comment faire pour qu'elles deviennent réalité partout et pas simplement quand il y a un

élu, des médecins et des professionnels militants et convaincus ? Comment poursuivre l'action pour faire en sorte que toutes les villes soient réellement des fabriques de santé et que les futurs élus de mars 2020 continuent le combat et l'amplifient ?

Revenons un instant sur les grandes dates de ces vingt dernières années. Les Villes, qui ont des compétences réglementaires, ont toujours agi sur la santé, qu'elles le sachent ou non. En 1986, la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé affirme un certain nombre de choses, en particulier la responsabilité du niveau local.

En 1989, c'est le début du réseau français des Villes-Santé de l'OMS, lequel est partenaire de notre association « Élus, Santé publique & Territoires ». J'en profite pour saluer Isabelle MELSCOËT, vice-présidente de ce réseau et maire adjointe de la Ville de Brest, qui interviendra tout à l'heure, ainsi que sa présidente Charlotte MARCHANDISE-FRANQUET.

En 1991, DAHLGREEN et WHITEHEAD créent le modèle des déterminants de la santé sous forme de diagramme où figurent l'ensemble des politiques nationales et locales, qui sont considérées comme des déterminants de la santé.

Entre 1990 et 2000 apparaissent les premiers diagnostics locaux de santé (sur le Petit Nanterre en 1998), dans une logique large et participative essayant d'impliquer tout le monde.

En 2000 paraît la circulaire relative à la mise en œuvre des Ateliers Santé Ville dans la politique de la Ville, dont l'objectif est de réduire les inégalités, et non pas du ministère de la Santé dans le cadre de l'amélioration de la santé. Cette circulaire donne aux villes légitimité, méthodologie et moyens pour améliorer la santé et surtout réduire les inégalités sociales dans les zones urbaines sensibles avec la multiplication des diagnostics et des actions engageant plus d'acteurs, dont les habitants, et émergeant du pouvoir d'agir dans le domaine de la santé pour les communes dans le cadre des contrats de ville. La démarche des Ateliers Santé Ville s'appuie sur les connaissances apportées en particulier par la géographie de la santé.

En 2000 paraît également le premier rapport de l'INSERM sur les inégalités sociales de santé en France. Il révèle que notre pays est l'un des plus mal classés du fait de l'importance de ces inégalités qui ne se sont pas réduites. Ce rapport pose trois questions : Comment articuler recherche et besoins des décideurs, avec lesquels nous essayons de travailler ? Comment renforcer les transferts de connaissance ? Comment définir une nouvelle gouvernance, à quel niveau (local, départemental, régional ou national) et avec quels acteurs ? La loi de santé publique (2004) va survoler ces questions sans les approfondir.

En 2005 est créée l'association « Élus, Santé publique & Territoires » soutenue d'abord par la politique de la ville, et non par le ministère de la Santé, et par la DGS et l'INSERM. L'objectif est le développement des politiques locales de santé dans un cadre contractualisé avec les ARS, afin de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Nous avons plaidé pour que cela advienne par la formation des élus, par les Journées nationales d'étude, par la diffusion des Actes… Nous avons essayé d'y contribuer, mais il semblerait que cela reste d'actualité quinze ans plus tard.

En 2011 est créée la plate-forme nationale de ressource des Ateliers Santé Ville dont nous sommes partenaires depuis 2011. Ils auraient d'ailleurs dû nous rejoindre aujourd'hui si leur conseil d'administration n'avait pas eu lieu au même moment.

En 2010, la loi HPST (hôpital, patients, santé et territoire) crée les ARS avec, à côté des Ateliers Santé Ville, l'apparition des contrats locaux de santé (CLS). L'objectif est de mettre en œuvre le projet régional de santé avec l'affirmation de la démocratie en santé au sein de la CRSA et des Conférences de territoire, avec l'ambition de « l'inter-perméabilité » avec les commissions de coordination des politiques publiques. Cela semble loin d'être évident en Île-de-France comme ailleurs. En tout cas, il y avait l'ambition et la conviction de la nécessité de croiser les champs et les acteurs pour faire de la santé.

En 2016, la modernisation du système de santé renforce la participation citoyenne au sein des instances de démocratie en santé (CLS et Conférences territoriales de santé). Les représentants des élus et ceux des usagers représentent en tout un tiers de ces instances de démocratie en santé. Cette modernisation maintient les contrats locaux de santé et institue des Conseils locaux de santé mentale (CLSM), encore appuyée par la structure conjointe du CET dans les Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS). L'ARS d'Île-de-France, où je siège depuis qu'elle existe, considère le CLS comme le réseau structurant tous les acteurs de santé sur le territoire de la commune. Elle a donc décidé de les multiplier de manière extrêmement volontariste, mais avec un financement qui est tout sauf volontariste.

En mars 2019, l'ensemble des collectivités locales, départementales et régionales, regroupé au sein de « Territoires unis », réclame un acte III de

la décentralisation affirmant la place centrale de la commune du fait de sa compétence générale et de ses missions d'intérêt général. Ce collectif demande aussi un transfert des compétences pour une meilleure prise en charge de la proximité, y compris pour les politiques en matière de santé. C'était inimaginable cinq ou dix ans plus tôt.

En juillet 2019 est adoptée la loi d'orientation et de transformation du système de santé. Il s'agit essentiellement d'organisation territoriale des professionnels de santé, mais avec une responsabilité populationnelle qui rejoint un peu la logique de secteur pour la santé mentale. Cette loi consacre « la promotion de la santé comme une compétence partagée des collectivités territoriales avec l'État ». C'est la première fois que cette compétence partagée est affirmée dans la loi de même que le rôle des collectivités locales dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet territorial de santé intégrant les contrats locaux de santé, ce que nous avions fortement demandé et qui n'apparaissait pas dans le premier projet de loi.

Toute cette longue évolution, qui semble si positive, s'est faite dans un contexte marqué par cinq faits majeurs qui impactent directement les élus et les obligent à apporter des éléments de réponse. Le premier est la démographie médicale avec la pénurie croissante de médecins généralistes qui implique les élus, parfois à tort et à travers. Le deuxième fait marquant est la crise de la démocratie participative et l'exigence de participation des citoyens à tous les niveaux et dans tous les domaines. Le troisième est la précarisation croissante de la population, sans même parler des migrants. Le quatrième est la crise politique de 2008 avec les politiques néolibérales, la montée des inégalités sociales et territoriales de santé, l'explosion des maladies chroniques exigeant l'intervention d'actions sanitaires, médico-sociales, sociales, associatives et municipales coordonnées en proximité. Comment faire sans les services municipaux ? Le dernier fait marquant est la crise environnementale et ses conséquences néfastes sur la santé. Ces cinq évolutions de la société font que les collectivités locales ne peuvent pas ne pas s'engager dans le domaine de la santé.

Que s'est-il passé ? Quelle place avons-nous, les uns et les autres, pris dans cette affaire ? Comment les éléments de réponse ont-ils été apportés ?

Il n'y aura aujourd'hui que deux tables rondes, ce qui laissera le temps de débattre et d'échanger. La parole donnée à la salle sera un élément majeur de cette journée.

Au cours de la table de la matinée animée par Éric BRETON, nous tenterons de comprendre de quoi cette émergence du rôle des Villes est le symptôme en confrontant différents plans de recherche avec l'expérience des élus locaux. Marc SCHOENE, l'ancien directeur de la Santé de la ville de Saint-Denis, membre de la CRSA, nous fera peut-être l'honneur, en fin de matinée, de venir nous présenter son livre retraçant ses trente ans à la Direction de la santé dans cette grande ville populaire très engagée. Son livre particulièrement intéressant montre la façon dont les choses se sont structurées dans une ville comme Saint-Denis.

Cet après-midi, Marianne AUFFRET sera chargée de stimuler notre intelligence et notre vivacité avec son regard acéré. Elle nous apportera un contrechamp de ce qui aura été dit au cours de la matinée avant de passer à la seconde table ronde, laquelle sera animée par Pierre-André JUVEN. Nous y débattrons de la question de savoir comment agir au plus vite localement pour améliorer la santé de tous et diminuer les inégalités sociales, et à partir de quels savoirs (scientifiques ou d'expérience).

Avant de passer la parole à nos invités, j'aimerais insister sur la nécessité d'interventions courtes afin de laisser tout le temps au débat entre les participants à la table ronde et avec la salle, débat et controverses que j'espère constructifs tant les enjeux sont forts à six mois des élections municipales. Ce que nous allons dire aujourd'hui doit servir aux futurs élus.

Merci à tous et à la Direction de Sainte-Anne. Je tiens également à remercier Frédérique QUIRINO CHAVES, collaboratrice de notre association « Élus, Santé publique & Territoires » et responsable de l'organisation de cette journée. Je vous souhaite bon débat et j'espère que nous en tirerons des enseignements fructueux que nous pourrons ensuite soumettre aux dirigeants et à l'Administration. Merci à tous.

J'invite à présent Éric BRETON, enseignant-chercheur à l'EHESP, à me rejoindre pour tenir le rôle du discutant de cette première table ronde à laquelle ont accepté de participer Thierry LANG, Isabelle MELSCOËT, Viviane BAYAD, Béatrice GEORGELIN et Alexandra FOURCADE.

table
ronde

L'ÉCLOSION D'UN PLAIDOYER RECONNAISSANT LE RÔLE DES VILLES DANS LA FABRIQUE DE LA SANTÉ

Discutant :

Éric BRETON,
enseignant-chercheur à l'EHESP,
chercheur au laboratoire Arènes (UMR CNRS 6051)

Mesdames et Messieurs, c'est un grand plaisir et un honneur pour moi, enseignant-chercheur à l'École des hautes études en santé publique (EHESP), de participer à ce grand événement au titre de discutant de cette table ronde. Je note ici une belle représentation de la parité entre femmes et hommes (blancs par contre).

Avant toute chose, j'aimerais vous dire à quel point le rôle des élus dans les villes est à mon sens très important. Nous essaierons de répondre aujourd'hui à la question de savoir pourquoi l'échelon municipal est pertinent en matière de santé. Comme nous le disait Laurent EL GHOZI, nous disposons aujourd'hui des CLS et d'autres dispositifs de mobilisation des acteurs. Depuis la création des CLS en 2009, nous sommes face à un dispositif de santé dans toutes les politiques, avec une collaboration entre plusieurs communautés de communes. On regrette toutefois que l'appropriation de ce dispositif par les collectivités locales soit beaucoup plus lent que ce que nous aurions souhaité. Néanmoins, à travers l'étude CloterreS (www.cloterres.fr) que je dirige sur les CLS, notre recensement de ces dispositifs de santé montre une évolution au cours des années : 165 CLS ont ainsi été signés entre janvier 2015 et mars 2018. Ces CLS ont servi de base à notre enquête.

Ce qui nous intéresse, c'est de voir à quel point les CLS sont des dispositifs de renforcement des capacités locales d'action en prévention et promotion de la santé. Nous avons donc étudié toute une série de documents et de consensus internationaux portant en particulier sur quatre facteurs de risque bien connus que sont le tabagisme, l'alcool, la sédentarité et la malnutrition, et nous avons pris en compte la question des conditions de vie et des déterminants sociaux de la santé. Nous constatons dans ces documents de consensus l'extrême importance que joue le niveau local.

Toutes les grandes campagnes médiatiques nationales sur le tabac, par exemple, peuvent très facilement être neutralisées par les normes sociales au niveau local. Il suffit qu'un parent proche, ou un ami, fumeur fasse état d'une manière ironique d'une campagne antitabac (tout en fumant sa cigarette) pour que soit aussitôt neutralisé l'impact de cette campagne de prévention. Cet exemple montre bien la nécessité d'agir au niveau local. La prévention en matière de santé doit se faire à tous les niveaux pour qu'elle fonctionne.

Les Villes sont-elles des fabriques de santé ? Notre analyse d'un échantillon de 53 contrats locaux de santé montre que c'est bien le cas, du moins dans les intentions, car la prévention et la promotion de la santé y occupent une place centrale. Ces contrats portent tous de multiples problématiques comme les circonstances psychosociales (l'accès aux droits, par exemple), la cohésion sociale, la prévention primaire des maladies (vaccinations). La problématique de l'activité physique figure dans 44 CLS sur les 53 analysés, ce qui démontre un intérêt fort.

Nous avons aussi regardé quelles stratégies sont mises en place derrière les intentions, car les actions ne relevant que d'injonctions ou d'une volonté de sensibiliser ne peuvent suffire. La plupart des villes en France se lancent dans de grands travaux de leurs infrastructures (pistes cyclables…) qui sont des interventions environnementales pour accroître le taux d'activités physique. À la question de savoir si les Villes sont vraiment des fabriques de santé, je répondrai par l'affirmative. Un effort réel est fait actuellement à travers le dispositif des CLS.

Je tiens à remercier le président d'ESPT, Laurent EL GHOZI, et sa vice-présidente, Marianne AUFFRET, ainsi que Frédérique QUIRINO CHAVES. C'est une petite équipe, certes, mais l'importance de cette association est indiscutable. Je lui souhaite longue vie, car nous avons vraiment besoin de la mobilisation des élus pour la santé après toutes les années passées où ce rôle a été nié. Plusieurs élus nous soutiennent depuis très longtemps, mais il reste une certaine incompréhension au niveau central sur le rôle essentiel tenu par les Villes et les communes.

Cette brève introduction étant faite, je vais procéder dans l'ordre annoncé des intervenants pour cette table ronde dont l'ambition aujourd'hui est de sortir des ornières et des propos habituels afin d'explorer de nouvelles pistes. La salle pourra ensuite intervenir pour mettre au défi nos intervenants. Je cède dès à présent la parole à Thierry LANG.

CLS signés au 31/03/2018

Régions*	Nombre total de CLS** signés au 31/03/18	Nombre de CLS** signés de 01/15 à 03/18
Auvergne-Rhône-Alpes	28	12
Bourgogne-Franche-Comté	34	15
Bretagne	18	10
Centre-Val de Loire	28	17
Corse	10	3
Grand Est	22	12
Guadeloupe	9	4
Guyane	3	2
Hauts-de-France	26	7
Île-de-France	96	30
Martinique	3	2
Normandie	15	5
Nouvelle-Aquitaine	40	15
Occitanie	32	16
Océan Indien	8	3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	6	2
Pays de la Loire	19	10
TOTAL	397	165

* Intitulés correspondant aux 17 Agences Régionales de Santé françaises en 2018
** Inclusion de s CLS de préfiguration, de 1ère et de 2ème générations
NB: les CLS pris en compte dans les analyses dépendront, selon le cas, de l'information disponible pour chaque contrat

L'étude CLoterreS santé & territoire

Stratégies locales de prévention primaire et de promotion de la santé : les contrats locaux de santé comme dispositifs de territorialisation des politiques régionales

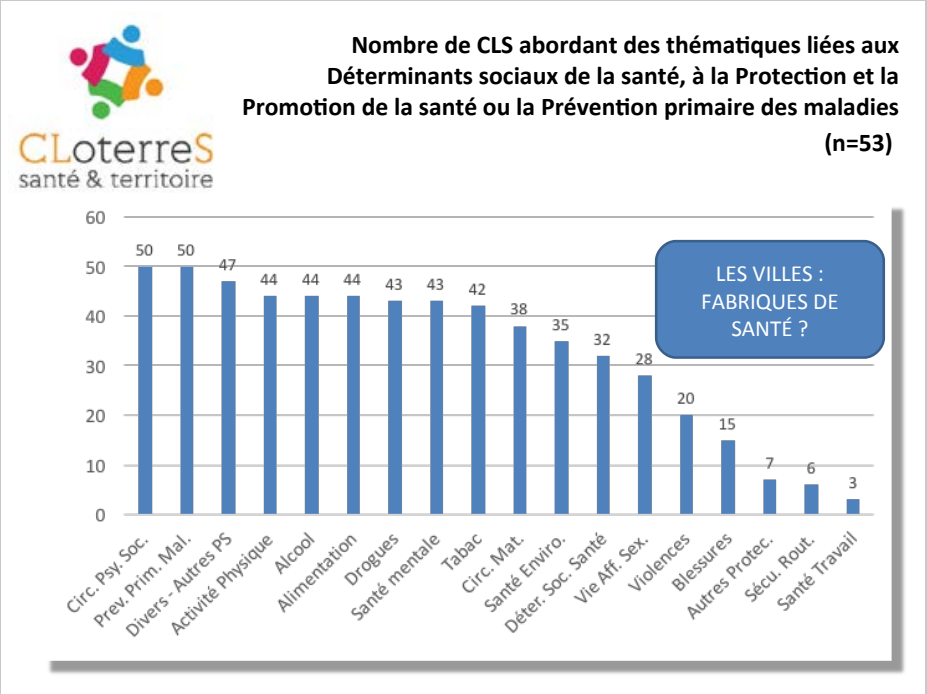
Financement IReSP appel à projets Général 2016 - Volet Prévention « BRETON-AAP16-PREV-16 »

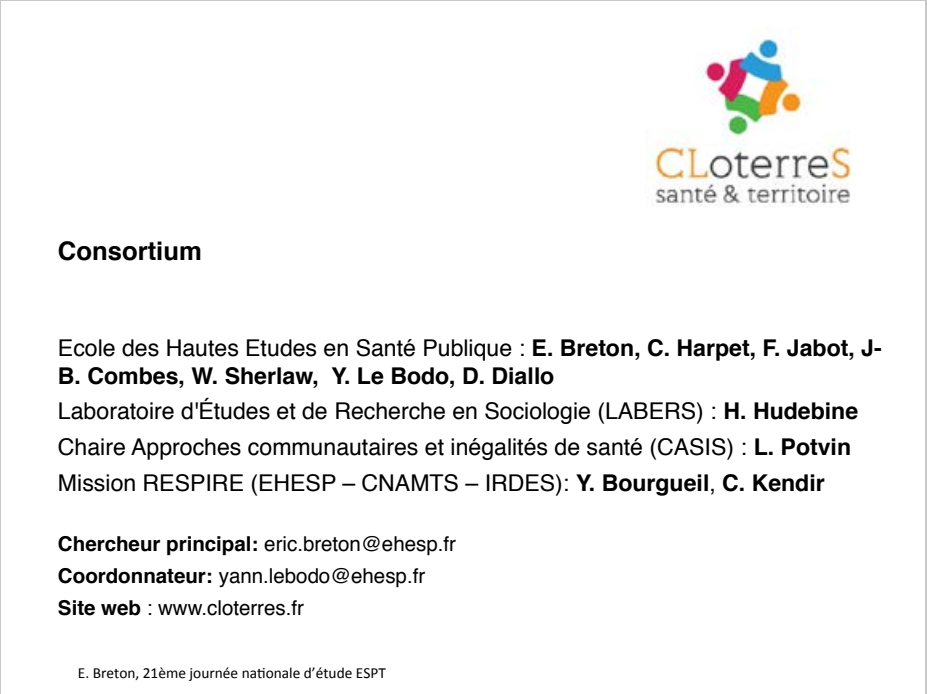
Inventaire CLoterreS : CLS signés entre Janvier 2015 et Mars 2018 (n=165)

www.cloterres.fr

E. Breton, 21ème journée nationale d'étude ESPT

2





Déterminants de la santé et inégalités sociales et territoriales de santé : des connaissances scientifiques acquises à leurs implications pour l'action publique locale

Thierry LANG,
épidémiologiste, professeur à l'Université Toulouse III et au CHU de Toulouse

Bonjour à toutes et tous. Quand j'ai été contacté par Laurent EL GHOZI et Marianne AUFFRET pour participer à cette Journée, j'ai été très enthousiaste à l'idée que ce serait l'occasion de pouvoir enfin comprendre pourquoi il y a si peu de débats sur les inégalités sociales de santé et pourquoi il se passe si peu de choses. Je vais essayer de vous apporter mon expérience de chercheur oscillant sur la ligne de crête entre lucidité, enthousiasme et combativité. Je me contenterai de vous faire une présentation préliminaire pour laisser une grande place au débat qui nous intéresse aujourd'hui.

Les connaissances scientifiques actuelles montrent que les déterminants et le rôle majeur de la Ville dans la santé sont là depuis très longtemps. Quand John OSLO explorait le choléra à travers les bas-fonds de Londres en 1850, c'était déjà de l'urbanisme. Louis-René VILLERMÉ a décrit les quartiers de Paris où l'insalubrité, la pauvreté et la mortalité étaient très différentes. La Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS a également apporté une légitimité internationale à cette idée. En épidémiologie sociale, qui est mon domaine, nous avons l'habitude de dire qu'il y a quatre grandes sortes de déterminants de la santé. Je prends avec vous le pari qu'il n'y a pas un seul aspect de la politique de la ville d'où la santé serait absente. Ce n'est pas pour autant que la santé doit y être prééminente.

Quelles sont les quatre catégories de déterminants ? Tout d'abord, les systèmes de soins. L'organisation de la ville, c'est la répartition de l'offre sanitaire avec le « virage ambulatoire » qui, de mon point de vue, pose une responsabilité très particulière et urgente en matière de soins et d'inégalités de santé. La deuxième catégorie de déterminants comprend les comportements constatés, comme le fait qu'une personne ne fasse pas de vélo parce qu'il n'y a pas de pistes cyclables. Viennent ensuite les déterminants matériels avec une présence physico-chimique (bruit, pollution...) dans la ville. La quatrième catégorie regroupe tous les déterminants psychosociaux au premier rang desquels figure l'isolement social.

Ces déterminants sont bien établis quand la base scientifique est solide. Tous ces déterminants ne sont pas isolés dans l'espace, mais au contraire s'enchaînent. Cette notion d'enchaînement est un peu moins connue. Certains facteurs sont fondamentaux alors que d'autres sont proximaux. Nous manquons encore de travaux scientifiques de simulation qui, au lieu de se focaliser sur les facteurs proximaux (proches des individus, comme la mobilisation des CLS sur le tabac, l'alcool ou l'activité physique), s'intéresseraient à des facteurs situés en amont et qui auraient peut-être des effets plus marqués sur les inégalités sociales. C'est un élément sur lequel la recherche est insuffisamment développée. Le fait de ne pas prendre en compte ces ajustements dans nos modestes statistiques, employées même dans des études plus prestigieuses, aboutit à ce que ne sortent que les facteurs proches de l'individu. C'est mécanique, car le modèle est ainsi fait que tout pousse vers les déterminants individuels. Cela pose un gros problème où la connaissance doit avancer.

Malgré tout, les choses me semblent avoir largement progressé. Du chemin a été fait concernant ce modèle des déterminants sociaux de la santé depuis le livre de l'INSERM paru en 2000. I y a eu des travaux, des recherches et des colloques comme celui-ci. La thématique des inégalités sociales de santé reste de mon point de vue très largement théorique, mais on en parle. Il n'y a guère de textes où le sujet n'apparaisse pas même si la réalité est bien en deçà de ce que nous pourrions espérer. En tout cas, le modèle reste biomédical et celui que nous défendons ici est encore minoritaire.

Laurent a parlé de l'habitat. La pétition qui circule actuellement montre que l'habitat concerne la santé, mais ce n'est pas encore quelque chose d'acquis même dans les plus hautes sphères de l'État. Je crois qu'il faut être prêt à le défendre.

Quels sont les freins du passage à l'action sachant que nous avons très largement les connaissances ? L'histoire de notre pays pèse très lourd en faveur du modèle biomédical. Nous avions tout ce qu'il fallait au XIXe siècle, mais cela s'est perdu. Ce modèle biomédical est bien gardé et très intimidant. Lorsque j'ai proposé à la fin de mon intervention auprès de l'Agence d'urbanisme de Toulouse une diapositive sur les évaluations de l'impact sur la santé, les chercheurs et agents de l'urbanisme présents m'ont avoué n'avoir pas osé présenter ce même document pour la simple raison qu'ils ne se sentaient pas légitimes pour parler de la santé qui, dans l'esprit de tous, est le domaine réservé aux médecins. Ce modèle est donc prégnant et paralysant.

Du côté des chercheurs, il y a de la bonne volonté et des efforts d'interdisciplinarité. Nous avons chez nous un institut interdisciplinaire rassemblant géographes, sociologues et épidémiologistes. Du côté des Institutions, en revanche, aucun texte et aucune Institution ne favorisent l'interdisciplinarité en dépit de magnifiques discours. Depuis les premiers travaux sur l'interdisciplinarité d'il y a quarante ans, nous n'avons absolument pas progressé. Les comités de recherche universitaire restent largement monodisciplinaires et les appels d'offres commencent seulement à être interdisciplinaires, mais pas la formation des équipes et la carrière des jeunes est très handicapée s'ils montrent une quelconque volonté d'interdisciplinarité. Il y a des bonnes volontés, mais la structure bloque le développement de ces projets.

Ces dernières années ont vu le développement de la recherche interventionnelle, ce qui est une excellente idée. Est-ce ou non un recyclage de l'ancienne « recherche-action » ? Peu importe, même si nous pourrions en débattre. L'idée qu'il faut développer la recherche avec les acteurs de terrain, les collectivités locales et les citoyens a redonné un peu d'élan et de légitimité au dispositif de recherche-action qui sentait un peu la poussière, d'autant que la recherche interventionnelle en santé publique venait du Canada – ce qui fait déjà plus chic. Là encore, la volonté institutionnelle est extrêmement faible. Cela fait cinq ou six ans que j'entends parler des « Centres d'expertise et de recherche en santé publique », censés rapprocher l'expertise des chercheurs des collectivités territoriales et développer ces interrelations entre chercheurs et acteurs. L'appellation existe encore, notamment dans des livres, mais le projet de financement des centres de recherche qui apporteraient une expertise reste lettre morte.

Une piste me semble pourtant intéressante : il existe à Toulouse une plate-forme d'expertise, mais elle a beaucoup de mal à vivre sur le plan financier. C'est pourtant quelque chose qui peut, selon moi, favoriser le rapprochement entre acteurs et chercheurs. Cette plate-forme ne fonctionne que sous forme d'expertises, et donc de prestations à la demande des collectivités territoriales, Assurance maladie... Nous montrons que nous sommes capables d'apporter une réponse au financeur et que nous travaillons vite. C'est ainsi que se construit la confiance ; c'est d'ailleurs ce qui s'est passé avec l'Assurance maladie, l'Agence d'urbanisme... C'est sur cette confiance construite avec les Ateliers Santé Ville que nous avons réussi, à partir de cette demande, à élaborer un véritable projet de recherche partenarial qui est, à mon avis, la voie du succès. Ce sont des structures qui sont évidemment fragiles, mais je pense que c'est dans cette direction que nous devons aller.

Je terminerai avec cette citation très connue de Woody ALLEN : « Pour vivre centenaire, il faudrait abandonner toutes les choses qui donnent envie de vivre centenaire. » La santé est partout, notamment dans la construction de la ville. Nombre de discours des professionnels de santé véhiculent l'idée que la santé est le bien le plus précieux. Autrement dit, elle est au-dessus de tout. Si elle ne se discute pas, alors il n'y a pas de débat. Je crois que c'est exactement l'inverse : la santé se débat tellement que nous allons mettre ce soir notre vie en jeu quand nous prendrons l'avion, la voiture, ou partirons à pied. Il y a donc un arbitrage individuel à tout moment entre sa propre santé et les intérêts que nous estimons supérieurs. Il est peut-être plus important de prendre le risque de traverser la rue si cela nous permet de rejoindre notre famille.

La santé est un débat et je crois que l'évaluation d'impacts sur la santé au niveau de la ville peut y amener. Il y a des arbitrages réels au niveau d'une ville entre, d'un côté, des aspects qui peuvent paraître plus importants (emploi, développement, communication) et, de l'autre côté, la santé. La santé n'est pas prééminente dans tous les aspects de la ville. Il faut la mettre en discussion. Parfois, la santé n'est pas le bien le plus précieux.

Éric BRETON,
enseignant-chercheur à l'EHESP,
chercheur au laboratoire Arènes (UMR CNRS 6051)

Merci. La parole est maintenant à Madame MELSCOËT, qui va nous parler de santé environnementale.

Ville et santé environnementale

Isabelle MELSCOËT,
maire adjointe de la ville de Brest
et vice-présidente du réseau français des Villes-Santé de l'OMS

Merci beaucoup de m'avoir invitée aujourd'hui. Le réseau que je représente a travaillé et travaille encore à cette question de la santé environnementale. C'était l'objet d'une Journée à Marseille comme c'est le cas aujourd'hui à Orléans. Le positionnement d'une Ville et des élus municipaux sur cette question prégnante de la santé environnementale dans l'écosystème de la pensée en politique, en tout cas en politique locale, a commencé par les questions d'hygiène, de vaccination et de salubrité publique, comme cela a été rappelé en introduction. À l'issue de la Deuxième Guerre mondiale, les élus locaux et en particulier les maires, du fait de leur champ de compétences assez important, ont dû s'occuper de l'habitat indigne et de la collecte des déchets. C'était le début de la santé environnementale, car intervenant sur l'environnement des personnes. Si cet environnement est plus salubre et si les gens sont vaccinés grâce aux politiques mises en place, l'état de santé des personnes s'améliore. Il y a corrélation.

Dans les années quatre-vingt et notamment en Bretagne, dont je suis native, un certain nombre de paramètres de pollution, notamment du milieu naturel, sont venus percuter les élus locaux et les maires. En Bretagne, ce fut le cas des marées noires avec des tonnes de pétrole se déversant dans la mer et s'échouant sur les plages. Ces marées noires ont des conséquences néfastes sur la santé des personnes qui vivent à proximité, qui ramassent le pétrole ou qui consomment les produits de la mer.

Que se passe-t-il quand un élément polluant (marée noire, risque nucléaire lié à l'activité militaire, pesticides, résidus de pétrochimie dans l'eau du robinet...) s'invite dans une commune, provoquant la perte de confiance ? Cette question de la pollution a lourdement impacté les élus et les communes rurales et a été le déclencheur des premières considérations de la santé environnementale.

Dans les années quatre-vingt-dix, la question du milieu naturel est venue percuter celle de l'environnement construit et, par conséquent, percuter les politiques d'urbanisme mises en place par les maires. Les locaux construits sont certes salubres pour les enfants ou les personnes âgées, mais sont-ils pour autant des vecteurs de bonne santé ? Les mesures de radon effectuées dans les établissements publics, notamment les écoles,

montrent des concentrations trop élevées pour la santé. La gestion de l'environnement construit vient interpeller les maires et fait évoluer la conception éthique de l'élu local : il comprend que sa responsabilité est aussi de garantir la qualité de l'air dans les bâtiments pour limiter les risques (cancer du poumon, allergies liées aux plantes vertes des espaces publics...). La question de l'environnement naturel est importante, certes, mais celle de l'environnement construit l'est aussi. Cela conditionne les questions de santé urbaine et d'aménagement. Comment faire en sorte, en fonction du point de vue et de la connaissance que l'on a à ce moment-là, que ce soit le meilleur pour la santé ?

En partant de ce constat, nous en sommes rapidement arrivés à l'idée de la prévention. Le mieux, en l'occurrence, est de faire de la prévention primaire chez les élus locaux. Elle se fait à deux niveaux : prévenir et informer. C'est ainsi que vont avoir lieu dans les grandes villes puis dans les villes plus petites un certain nombre d'événements (conférences…) pour parler de la santé et des facteurs de risque, tout en essayant de vulgariser le discours afin d'être audibles par tous, et pour tenter de penser la ville autrement et pas seulement pour la santé urbaine. C'est ainsi que va émerger l'idée, auprès des élus locaux, que la ville, avec tous ses habitants, est un organisme vivant. Il est donc important que cette entité vivante soit traitée comme telle et qu'elle soit en bonne santé sans passer pour autant sur sa fonction.

Dans le débat de l'opinion publique puis dans le débat politique, force est de constater que cette question a mûri sur le fronton. L'arrêté anti-pesticides pris dernièrement est le plus emblématique de cette prise de conscience. L'élu local a désormais conscience que son rôle est aussi de prévenir, d'être dans la prévention pour la bonne santé des générations actuelles et futures. En continuant à autoriser l'épandage, l'élu local se sent responsable de ce qui risque de se passer dans le temps (épidémies, cancer, maladies chroniques...). L'arrêté est la conséquence des difficultés de discussion qui ne sont pas inhérentes à l'année 2019, cela date déjà de quelques années. L'émergence des élus locaux sur les questions de santé et notamment sur celles de la santé environnementale est venue heurter de plein fouet la notion de l'État qui est le maître en matière de santé, car maître des systèmes de santé, mais qui l'est un peu moins en matière de prévention. Même si l'État se pique d'en faire et si la déclaration d'intention est là, la prévention reste le parent pauvre du système de santé français. À partir du moment où les élus locaux mettent des moyens municipaux sur les questions de prévention primaire, comme cet arrêté anti-pesticides, cela vient contrebalancer le champ des compétences et des responsabilités.

Le débat sera exactement le même concernant les perturbateurs endocriniens. Des communes vont renoncer aux plastiques dans les cantines municipales et les crèches. Je crois que nous serons obligés de tirer des enseignements des études sur la catastrophe du 11 septembre 2001. Il y a vingt ans, des tours ont explosé et un nuage s'est constitué à la suite d'une explosion. Aujourd'hui, 14 000 personnes souffrent d'au moins un cancer directement lié à l'événement. Les études scientifiques l'ont prouvé de manière indiscutable. Les composants de ce nuage n'étaient pas toxiques à l'état inerte, mais le sont devenus par le fait particulier de cette explosion. Qui porte la responsabilité d'avoir laissé les gens sous ce nuage toxique et de devoir gérer aujourd'hui 14 000 personnes souffrant d'au moins un cancer ?

Et ce n'est que le début. Nous assisterons à une augmentation massive de ce type de cas. Cette question se posera sous la pression de l'opinion publique et du fait de la prise de conscience des élus locaux sur cette question de la santé, très liée à la question de la responsabilité des élus. À partir de là, ne faut-il pas mettre en œuvre un certain nombre de choses au risque de se tromper plutôt que d'attendre que le phénomène soit terminé pour en tirer les conséquences pour le futur ? Pour ma part, je crois que c'est là que se situe le débat politique des élus locaux, débat fortement poussé par une imprégnation très forte des habitants. En France, les deux préoccupations majeures sont, d'une part, l'emploi, l'autonomie et les conditions de vie, et d'autre part, la santé et la façon d'avoir un parcours de vie convenable du point de vue de la personne.

Éric BRETON,
enseignant-chercheur à l'EHESP,
chercheur au laboratoire Arènes (UMR CNRS 6051)

Cela fait du bien d'entendre une élue se référer aux travaux scientifiques.

La parole est maintenant à Viviane BAYAD.

Comment le CNFPT a-t-il concrétisé ces enjeux en termes de formation depuis quinze ans ?

Viviane BAYAD,
responsable Grande mutation prévention et promotion de la santé CNFPT

Bonjour à toutes et à tous. Plutôt que de vous présenter un catalogue de formations, je préfère vous expliquer comment cet établissement a souhaité s'organiser, depuis treize ans, autour de l'accompagnement des collectivités pour la mise en œuvre des missions de santé et, désormais, pour la promotion de la santé.

Le CNFPT, qui est le Centre national de la fonction publique territoriale, établissement public et autonome, n'est pas missionné pour former des élus dans la mesure où sa mission principale est de former les fonctionnaires territoriaux (près de 1 900 000). Cependant depuis que le pôle de compétences santé existe, nous travaillons en partenariat avec l'association « Élus, Santé publique & Territoires », qui nous a énormément aidés dans notre action.

Le CNFPT est présent sur l'ensemble du territoire à travers près d'une centaine de structures et de manière thématique, avec des pôles nationaux de compétences thématiques correspondant aux champs d'activité des collectivités (l'environnement, la voirie, la restauration collective, les déchets, la culture, le bâtiment, l'urbanisme, ...). Le pôle de compétence santé à vocation nationale est l'un des derniers à avoir été créé, en 2006. Il n'a pas été simple de créer un pôle de santé dans la mesure où la santé était considérée comme une politique sociale et qu'il existait déjà au CNFPT un pôle s'occupant de politique sociale.

Il y a dans les collectivités territoriales un très grand nombre de professionnels territoriaux de santé (74000) et une grande diversité des missions de santé : les services communaux d'hygiène et de santé, la médecine scolaire, la PMI, la médecine du travail, la santé environnementale, des professionnels de santé pour la petite enfance, des médecins, pharmaciens et infirmiers chez les sapeurs-pompiers... Je crois qu'il convient de rappeler qu'il y a, dans les collectivités, de véritables bataillons de professionnels de santé réellement indispensables.

Le pôle de compétences santé a eu pour mission de développer un panel de formations, qui devaient être actualisées chaque année, et de les harmoniser autant que possible pour l'ensemble des structures de l'établissement. Les seules formations en santé données en 2006 étaient destinées aux aides-soignants sur les gestes à la toilette, car le CNFPT n'était pas alors reconnu par les professionnels de santé comme étant un lieu de formation. Il a donc fallu développer un grand nombre important de formations de qualité sous forme de modules, de journées, de colloques... sur les politiques nationales de santé, sur les métiers et compétences techniques et les postures professionnelles. Nous avons essayé d'accompagner au mieux tous les agents sur les nouveaux dispositifs (ASV, CLS, CLSM, …). Nous avons également mis en place des formations favorisant la compréhension du paysage législatif, des formations sur la méthodologie des actions de santé publique et des formations sur des métiers très précis dans la mesure où un grand nombre de métiers de la fonction territoriale nécessitent des compétences particulières qui évoluent, notamment pour les inspecteurs de salubrité. Ainsi, le 19 septembre dernier ont eu lieu les « Rencontres territoriales des services communaux d'hygiène et de santé » sur le logement insalubre.

En 2016, lorsque le CNFPT a réécrit sa feuille de route, la nécessité de s'engager sur des responsabilités sociétales, via le levier de la formation, a été mise en évidence. Nous avons réussi à faire entendre que la santé des populations et la réduction des inégalités sociales, environnementales et territoriales de santé sont très importantes et qu'il est nécessaire de changer notre façon d'accompagner cette responsabilité. Ainsi a été créée une Direction de projets relative aux grandes mutations et la promotion de la santé introduite parmi les 7 grands enjeux sociétaux recensés. L'objectif était d'accompagner tous les responsables de pôles nationaux de compétences thématiques, de leur faire comprendre que, dans les différents domaines de compétences réglementaires sur lesquel ils travaillent (urbanisme, transport, habitat, politique de la ville, restauration collective...), ces politiques publiques ont un impact sur la santé des populations. Il nous faut faire entrer cette notion d'impacts sur la santé dans les formations existantes, créer de nouvelles ressources formatives et sensibiliser les directeurs des différents services territoriaux à cette notion avant, dans un deuxième temps, des formations spécifiques sur les enjeux de santé.

Il a donc été décidé en 2017 de remplacer le pôle de santé par deux nouvelles missions : un domaine « santé » pour poursuivre l'accompagnement des professionnels de santé sur les formations cliniques ou plus spécifiques : par exemple, la formation des sages-femmes territoriales sur la pose d'implants ou de stérilets, ou encore les formations pour les assistantes dentaires, et une mission « Promotion de la santé » au sein de la direction de projets relative aux grandes mutations, direction transversale rattachée à la direction générale.

Au cours de la première année, nous avons réussi à sensibiliser assez facilement les responsables de pôles, à l'exception peut-être de ceux s'occupant de la question sociale et qui ne voyaient pas toujours l'intérêt de travailler les questions de santé de manière transversale.

Nous avons vite constaté que les agents territoriaux ne s'inscrivaient pas facilement aux colloques de formation si le mot « santé » apparaissait, parce que cela ne faisait pas partie de leur culture professionnelle, parce que la santé était perçue comme une affaire de spécialistes et qu'ils ne se reconnaissaient pas légitimes à traiter de ce sujet. Il nous faut donc trouver d'autres « portes d'entrée » langagières et conceptuelles en adéquation avec les différentes cultures professionnelles.

Cette nouvelle mission nous a permis, entre autres, de former les futurs directeurs généraux des grandes collectivités qui sont en formation à l'Institut national des études territoriales (INET). Nous avons proposé un bouquet de services comprenant une marche apprenante autour du bâtiment, un café philosophique, des modules de formation, ... L'objectif était de leur faire comprendre que la santé n'est pas uniquement l'organisation de l'offre de soins et de l'aménagement via l'offre de soins, mais que les politiques publiques qu'ils mettent en place ont forcément un impact sur la santé d'aujourd'hui et sur celle de demain.

Avec l'arrivée d'une nouvelle vague de directeurs au CNFPT en 2019, il faut à nouveau expliquer la notion de santé transversale, développer en interne un plaidoyer pour maintenir les actions de promotion de la santé. Ce plaidoyer s'est appuyé sur la pratique des professionnels territoriaux, dont des directeurs généraux ou des directeurs de l'environnement ou de l'urbanisme qui demandaient par exemple la création de séminaires spécifiques sur la santé et l'environnement (qualité de l'air...).

Notre situation actuelle est assez surprenante pour moi avec un pôle de santé renforcé à Angers, mais qui va plutôt développer le côté social et une mission de promotion de la santé, qui va plutôt vers la santé et l'environnement. Il convient maintenant de trouver de nouvelles modalités de travail pour conjointement accompagner les collectivités dans la réduction des inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé.

Éric BRETON,
enseignant-chercheur à l'EHESP,
chercheur au laboratoire Arènes (UMR CNRS 6051)

Merci beaucoup. Béatrice GEORGELIN va maintenant nous parler de territorialisation.

«Territorialiser» : pour quels espoirs placés dans la figure du territoire ?

Béatrice GEORGELIN,
géographe, Université d'Angers UMR ESO

Bonjour à toutes et tous. Je remercie Laurent EL GHOZI et Marianne AUFFRET de m'avoir invitée. La question dont je vais vous parler aujourd'hui m'est apparue au cours de mes recherches pour ma thèse. Qu'est-ce que nous attendons des territoires quand sont mises en place des politiques locales de santé ? Derrière la question du rôle des villes se cache celle de la gouvernance, mais aussi la question du territoire comme instrument, lieu de vie... La notion de « territoire » est en faite très vaste.

Mon intervention portera donc sur cette double question, la notion de territoire et ce que nous attendons des territoires comme outil, pour ensuite vous proposer une orientation possible. Il serait en effet peut-être temps de reparler de l'espace dans lequel nous faisons des actions de promotion de la santé et des politiques de santé à l'échelle locale, parce que l'espace finit par disparaître à force de parler de territoire pour tout (gouvernance, action, intervention). Tout est « territoire » ; plus rien n'est « espace » sur le plan concret.

Dans le cadre de mes recherches, j'ai rencontré des élus et des professionnels de terrain, de la PMI et de la santé. Chaque profession a son territoire propre qui s'intéresse au territoire d'une ville, où vit une population que l'on cherche à atteindre. Le territoire d'un élu est celui de sa circonscription. Les contours de territoires, professionnels ou non, sont finalement assez flous et ne sont pas toujours convergents. Sa représentation n'est pas forcément partagée.

Dans l'idée de territoire réside une certaine utopie. Un territoire, c'est quelque chose de positif; c'est une unité cohérente, un espace vécu, un espace sensible. Le mot « territoire » est investi de qualités. L'enjeu pour les habitants, les professionnels ou les chercheurs est de faire la part entre le territoire a minima, c'est-à-dire un simple périmètre, et le territoire a maxima, c'est-à-dire un lieu d'intervention, de négociation, de mobilisation, un monde vécu et un support identitaire.

Les travaux qui s'interrogent sur la territorialisation des politiques de santé montrent une tension entre une adhésion forte à cette idée utopique d'un territoire et ce que peuvent ensuite mettre en place les limites de pilotage des politiques publiques ou les limites d'un territoire comme

circonscription. On s'intéresse à ce que l'on attend des territoires. Pourquoi la territorialisation est-elle parfois perçue comme quelque chose de positif ? En fait, il y a plusieurs attentes. Territorialiser peut signifier prioriser et délimiter des territoires d'action, comme le fait la politique de la ville en définissant des territoires prioritaires pour intervenir auprès de populations ciblées.

Les territoires sont aussi des mailles qui servent de support de coordination entre professionnels, et ces territoires ne sont pas forcément les mêmes que ceux de la priorisation.

Territorialiser peut également se faire en partant des besoins du territoire, qui est alors perçu comme vécu. Dans cette approche sensible du territoire, on s'intéresse à la vie des personnes et l'on essaie d'en recueillir les besoins. Il ne s'agit pas forcément des mêmes territoires que ceux à l'échelle desquels nous devons construire les coordinations pour des professionnels.

Dans la territorialisation, il peut aussi y avoir de la transversalité. Dans ce cas, le territoire devient un tout : il est à la fois celui de l'échelle politique et celui d'une intervention partagée, avec des espaces dont la matérialité est très variable. Si la transversalité se construit autour d'un projet d'intervention ou de promotion de la santé, c'est un micro-territoire. Si la transversalité se construit à l'échelle d'un outil de gouvernance comme le Contrat Local de Santé, le territoire peut être une ville, une communauté d'agglomération…; c'est donc une nouvelle échelle et un nouveau territoire.

Dans ces quatre acceptions de la territorialisation, des qualités très différentes et qui ne sont pas obligatoirement compatibles, sont attendues des territoires. Un territoire sensible au sens d'un espace vécu pour les géographes ne correspond pas forcément à un territoire-cible créé par une politique sanitaire, ni à un territoire de coordination des professionnels, ni aux territoires définis par les différents outils de construction de transversalité.

Si les sciences sociales s'intéressent de façon critique à la notion de territoire, c'est justement pour inciter à porter une attention à la rhétorique du territoire ainsi qu'à l'emploi de ce mot dans les politiques publiques, pour essayer sans cesse de déconstruire, voire de se méfier d'un territoire qui ne serait pas défini de manière concrète. S'agit-il d'un espace, d'un environnement physique, d'un environnement social, de l'environnement d'un collectif d'acteurs ? Si les textes et les discours n'ont pas précisé la notion de territoire, il y a matière à confusion. Cela peut engendrer de nombreuses failles et faiblesses dans les dispositifs d'action publique dans la mesure où, pour le concret des interventions, les professionnels vont devoir composer entre toutes ces acceptions possibles de ce qu'est un territoire.

Il faut néanmoins s'interroger sur les espaces aujourd'hui possibles pour mener des actions en santé et en promotion de la santé à l'échelle locale. C'est une question extrêmement importante sur laquelle peuvent apparaître nombre d'articulations si l'on parle d'espaces concrets. Le logement, c'est-à-dire l'espace de vie des habitants, est un espace concret qui fait l'objet de nombreux travaux de recherche et de prises de position d'élus. Autour des espaces de vie se fixent des interventions dans le champ de la santé, dont la santé sociale (interventions auprès des publics en précarité). Le champ du logement est une vraie porte d'entrée pour articuler des interventions en santé sociale et santé environnementale. Plus généralement, le logement est un espace dans lequel vivent les habitants. C'est une vraie question pour mobiliser les élus et les professionnels ainsi que les chercheurs qui s'emparent vraiment de cette question.

Plutôt que de vous faire une présentation très détaillée en termes de contenu scientifique, j'ai préféré rappeler que la territorialisation est un mot qui décrit de très nombreuses évolutions des politiques publiques en matière de santé et de leur gouvernance à l'échelle locale. Il est important de redonner une épaisseur et une dimension concrète et géographique aux politiques qui sont ensuite menées pour en prendre vraiment toute la mesure.

Éric BRETON,
enseignant-chercheur à l'EHESP,
chercheur au laboratoire Arènes (UMR CNRS 6051)

Merci. La parole est à Madame FOURCADE.

Plaidoyer national et portage politique au cœur des territoires : les élus locaux s'engagent

Alexandra FOURCADE,
maire adjointe de la ville de Neuilly-sur-Seine
et conseillère départementale des Hauts-de-Seine

Je tiens tout d'abord à remercier les organisateurs de cette Journée. Je suis adhérente et administratrice depuis plusieurs années de l'association « Élus, Santé publique & Territoires » (ESPT). Médecin de santé publique à l'origine, j'ai la chance d'avoir un double exercice en étant au ministère de la Santé et élue de terrain dans le département des Hauts-de-Seine. J'ai beaucoup appris au contact d'ESPT dans mon mandat d'élue, y compris sur la mise en œuvre très opérationnelle des principes de santé publique qui ont été rappelés par Thierry LANG et par tous ceux qui travaillent sur ce sujet.

Je viens témoigner aujourd'hui de l'importance de prendre en compte la place des collectivités territoriales dans les politiques publiques. Je reviendrai ensuite sur l'articulation des rôles respectifs de l'État et des collectivités territoriales dans la mise en œuvre des politiques publiques de santé, et en particulier ce qui se passe dans le cadre actuel de la loi Santé 2022. Cette loi est, à mon avis, une opportunité pour les élus de mettre en place un certain nombre de dispositifs, même si elle est très orientée sur l'accès aux soins.

Avec mon expérience d'élue, je vous donnerai ensuite quelques exemples de la pratique concrète de l'articulation entre le rôle de l'État et celui des collectivités dans mon département et ma commune. Dans les Hauts-de-Seine, nous menons un travail original dans le cadre du Conseil territorial de santé. Les instances de démocratie sanitaire, dont nous parlons depuis ce matin, constituent en effet des leviers intéressants. En France, quand on parle de « démocratie sanitaire », il est logique d'associer élus et citoyens dans la décision des politiques de santé.

Laurent a rappelé ce matin l'évolution dans les textes des compétences qui sont confiées, en matière de santé, aux collectivités territoriales. Aujourd'hui, la santé n'est pas une compétence en tant que telle des maires et des autres collectivités territoriales même si nombre de collectivités, comme certains conseils régionaux, mènent une action très volontariste en matière de politiques de santé. L'échelle régionale n'est pas forcément absurde dans la mesure où la Région est chargée du développement des formations et dispose de leviers d'action, notamment financiers, pour l'installation des médecins. Certains conseils régionaux, voire départementaux, se sont appropriés ce sujet de l'accès aux soins pour donner à de jeunes médecins les moyens de s'installer (mise à disposition de locaux…).

Le sujet n'est pas tellement la compétence. Tout le monde est d'accord pour dire que, pour des raisons d'équité en matière d'organisation des politiques de santé, c'est bien l'État qui fixe un certain nombre de priorités de santé au niveau national. Nous sommes bien dans la mise en œuvre opérationnelle au niveau des territoires, ce que vous avez dit. La complexité de notre organisation administrative en France tient à la multitude d'acteurs en responsabilité à l'échelon territorial : le conseil départemental, qui s'occupe plutôt de questions sociales, et l'Agence régionale de santé même si, dans le cadre de la loi HPST de 2009, elle est censée avoir un périmètre extrêmement large associant le sanitaire, le médico-social et le parcours de santé au sens de l'OMS. La priorité des ARS, qui ont succédé aux Agences régionales d'hospitalisation, a été, dans les premières années de leur mise en place, l'organisation des parcours de soins, au sens de la santé, et assez peu l'articulation avec le secteur médico-social.

Concernant la gouvernance actuelle, nous voyons des collectivités territoriales s'engager dans le domaine de la santé pour des raisons à la fois financières et politiques très électoralistes. La santé est devenue un enjeu dans le cadre des débats. Il y a eu un changement dans les discours sur les collectivités et la santé à l'issue du Grand Débat initié par le gouvernement alors que la santé ne faisait pas partie des thèmes proposés. Dans les débats organisés par les maires dans les territoires à la demande du gouvernement, afin d'avoir l'échelle de proximité demandée par les Gilets jaunes, le sujet de la santé est apparu comme une préoccupation majeure. C'est à ce moment-là qu'a été révélée l'importance des problématiques d'accès aux soins.

La deuxième revendication apparue au moment du Grand Débat est le décalage important entre l'attente des gens sur le terrain et le niveau national. Élus et citoyens revendiquent fortement d'être associés aux politiques de santé et aux décisions qui les concernent, ce qui n'était pas le cas jusqu'à présent dans les dispositifs de coordination comme les Groupements hospitaliers de territoires (GHT), les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS…).

Le troisième élément qui a émergé de ce Grand Débat est le besoin d'informations et de pédagogie de la réforme. Les sujets sur la santé sont éminemment complexes, comme celui des déterminants de santé. La population est en manque d'informations pour comprendre les leviers

d'action dont nous disposons pour la santé. Les fermetures de maternités de proximité sans explications rationnelles et scientifiques (problèmes de sécurité en dessous d'un certain nombre d'accouchements, problèmes de formation, problèmes de disponibilité des anesthésistes…) justifiant ces choix, ne peuvent qu'être contestées par la population. Dès lors que l'on entre dans la complexité de ces sujets, la population peut comprendre, de manière plus objective, les raisons poussant à rationaliser l'offre de soins sur des critères de sécurité et de qualité des soins, et pas seulement d'accès aux soins. Le besoin de pédagogie des réformes a également été l'un des points majeurs ressortis à l'issue du Grand Débat.

Je souhaite compléter mon propos en indiquant ce que le ministère de la Santé a d'ores et déjà envisagé pour améliorer le travail avec les représentants des élus. Nous avons d'ailleurs tenté à plusieurs reprises d'organiser un rendez-vous avec l'association « Élus, Santé publique & Territoires » concernant le projet de loi Santé 2022. Nous avons fait un communiqué de presse sur ce projet de loi résumant les principaux points à la fois sur les avancées et les manques qu'il porte. Ce texte comporte tout de même des avancées sur l'articulation du rôle respectif des élus et de l'État dans la conduite des politiques de santé avec la création de nouveaux espaces de concertation des élus, en suscitant la participation des élus ou députés des circonscriptions qui sont le siège d'un GHT, par exemple, au Conseil de surveillance. Pour autant, élus et parlementaires ne sont pas forcément disponibles et ce n'est pas le meilleur moyen pour les associer à la définition des politiques de santé.

En revanche, un certain nombre d'efforts ont été faits dans ce projet de loi sur des compétences sécurisées en matière de promotion de la santé. Une disposition, rappelée par Laurent et désormais inscrite dans le Code général des collectivités territoriales, confie clairement aux collectivités territoriales la mission de promotion de la santé. Ce n'est pas nouveau, mais cela leur donne une compétence effective. Il reste toujours la difficulté de savoir à quel niveau conduire ces politiques de promotion de la santé pour un maximum d'efficacité.

Toutes les Agences régionales de santé ne travaillent pas de la même façon avec les élus. Certaines comme la Bretagne, la Bourgogne ou la Franche-Comté, sont particulièrement proactives en particulier car elles sont confrontées à des tensions importantes en termes d'accès aux soins. Les ARS des grosses régions ou structures métropolitaines comme l'Île-de-France – qui est celle que je connais le mieux – ont très peu travaillé avec les collectivités territoriales sur des programmes de santé. Même si le programme régional de santé (PRS) a dû descendre au niveau de la Conférence régionale de santé puis à celui de la Conférence de territoire, il n'y a pas ce travail de co-construction des politiques de santé au plus près des besoins des citoyens.

Le ministère de la Santé vient d'éditer un guide qui sera présenté au Salon des maires en novembre 2019. Ce guide propose aux maires, en particulier des petites communes et des communes rurales qui se sont exprimées au moment du Grand Débat, un panel d'outils pour leur permettre de répondre à la question de l'accès aux soins. Ce guide comporte un certain nombre de fiches pratiques pour aider à la constitution des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) – concept extrêmement flou qui laisse les maires assez démunis face à cet objet qu'ils ont du mal à s'approprier –, pour aider à la mise en place des nouveaux assistants médicaux, pour les infirmières en pratique avancée… Tous les sujets qui sont au cœur du projet de loi Ma Santé 2022 seront ainsi illustrés dans ce guide qui fera probablement l'objet de formations pour les maires et les responsables des collectivités territoriales, ce qui pourrait intéresser le CNFPT.

Une vraie dynamique est en train de se mettre en place. Je ne dis pas qu'elle est complètement aboutie, mais il me semble qu'il y a là une réelle opportunité à saisir dans la mesure où aucun responsable politique national ne peut considérer qu'il peut faire avancer les choses s'il n'a pas un appui fort et une implication des collectivités territoriales. C'est donc un moment à saisir sur le plan politique pour l'association « Élus, Santé publique & Territoires » comme pour tous les élus qui ont la responsabilité de ces sujets.

Dans les Hauts-de-Seine, j'ai eu la chance d'expérimenter, avant la loi Ma Santé 2022, la présidence d'un Conseil territorial de santé (CTS). Cette entité de démocratie en santé, qui regroupe des représentants des patients, des professionnels du système de santé et des élus, a pour mission d'accompagner l'Agence régionale de santé pour la déclinaison de ses projets. Dans les Hauts-de-Seine, nous avons pris dès le début le parti d'associer très étroitement l'Association des maires du département à la mise en place de cette Conférence territoriale de santé. Claude ÉVIN, qui était à l'époque préfigurateur de l'Agence régionale d'Île-de-France, a joué le jeu. Il a travaillé en lien étroit avec l'association des élus du département et la Conférence des territoires pour venir présenter les objectifs de l'Agence. Cette main tendue aux élus du territoire s'est accompagnée d'un certain nombre d'échanges réguliers sur les projets territoriaux de santé et sur les outils développés (PRS…).

Il y a un premier maillage au niveau du département, avec l'échange des bonnes pratiques. Des réunions se font régulièrement sur les contrats locaux de santé mentale au niveau du département des Hauts-de-Seine. Michel GIRARD, délégué départemental de l'UNAFAM, est désormais vice-président du Conseil de territoire des Hauts-de-Seine. Nous avons ainsi mis en place un réseau d'expertise sur la manière de partager les compétences entre l'ARS, d'une part, et les élus, d'autre part. Le contrat local de santé mentale, qui est un outil transversal, est un excellent exemple de politique menée conjointement entre les maires et l'ARS. C'est d'ailleurs le maire qui préside le Conseil local de santé mentale (CLSM). Le contrat local de santé mentale est à mon sens le modèle idéal de coopération sur lequel les élus sont très allants, car la santé mentale dans la vie de la cité est transversale et c'est un sujet de préoccupation majeure pour le citoyen. Ce sujet rassemble autour de la table des responsables du logement, de la santé, du social, de l'urbanisme…

Les élus qui s'engagent sur les questions de santé peuvent faire avancer beaucoup de projets au niveau local. A titre d'exemple, nous avons à Neuilly-sur-Seine un important projet d'urbanisme appelé « Les Allées de Neuilly ». La RN 13 traverse la ville de la porte Maillot jusqu'à la Défense. C'est une véritable autoroute urbaine où circulent chaque jour environ 150 000 véhicules qui transitent dans la ville. Ce projet a tout d'abord été porté par les responsables de l'urbanisme, étant donné qu'il s'agit d'un projet d'aménagement urbain. En accord avec le maire, nous y avons ajouté un volet étude d'impact en santé. La Ville a candidaté à l'appel à manifestation d'intérêt, porté conjointement par le ministère de la Santé et celui de l'Écologie et du Développement durable : il s'agit de mettre en place un observatoire de l'impact sur la santé que ce projet d'aménagement urbain, très conséquent, aura sur la qualité de l'air, sur le bruit et sur la qualité de vie des résidents alentour.

Il y a un vrai sujet autour des villes en tant que fabriques de santé, autour de la gouvernance de ces questions et sur la manière de répartir de manière intelligente les responsabilités entre l'État et les collectivités territoriales. Il ne faut pas tout attendre des textes. J'irai même jusqu'à dire qu'il ne faut plus rien en attendre. Ce n'est pas eux qui vont faire la construction sur le terrain. Nous devons être dans une logique contractuelle et nous dire que nous sommes dans une politique publique partagée entre l'État et les collectivités territoriales, puisque c'est de l'argent public dans les deux cas. Nous avons, en matière de responsabilité, l'obligation de construire les projets ensemble. Voilà le message que je tenais à faire passer aujourd'hui.

DISCUSSION ENTRE LES INTERVENANTES ET INTERVENANTS DE LA TABLE-RONDE

Éric BRETON,
enseignant-chercheur à l'EHESP,
chercheur au laboratoire Arènes (UMR CNRS 6051)

Merci. Cette table ronde est partagée entre deux blocs : les chercheurs d'un côté et les élus de l'autre. J'ai remarqué avec intérêt l'emploi répété du mot « transversalité ». Les élus sont parfois l'incarnation même de ce besoin de transversalité censée répondre aux besoins des habitants. Béatrice GEORGELIN nous a montré la difficulté de traiter ces questions à travers les déterminants sociaux de la santé, avec des approches très disciplinaires où il est particulièrement difficile de sortir du fonctionnement en silo. Même le CNFPT, qui conduit pourtant de superbes actions, nous dit qu'il est en train de revenir aux silos. Comment converger vers la transversalité ? Quelqu'un souhaite-t-il s'exprimer sur cette question de transversalité versus disciplinarité ?

Alexandra FOURCADE,
maire adjointe de la ville de Neuilly-sur-Seine
et conseillère départementale des Hauts-de-Seine

J'avoue n'avoir pas vraiment compris l'opposition des deux blocs. En résumé, le sujet est de sortir la santé du monde des experts. C'est peut-être ce que vous avez voulu dire entre les « sachants » (géographes et spécialistes de santé publique) et les élus de terrain qui, malheureusement, ne sont pas tous des spécialistes en santé publique. La santé ne faisait probablement pas partie des priorités d'un maire, qui est beaucoup plus attaché à d'autres sujets (logement…), parce que la santé est un sujet compliqué où l'expertise est complexe, et parce qu'il n'en a pas les compétences au regard des textes. Peut-être qu'une collectivité territoriale peut s'approprier ce sujet.

Je vois, dans les propos de la matinée, une double conjonction qui peut laisser penser que cela peut changer. Les sujets de santé et d'environnement constituent un levier majeur, car la responsabilité du maire est mise en cause. La crainte d'aller devant le juge est un levier très puissant. Ce

n'est pas forcément le plus incitatif ni le plus positif, mais c'est au moins le moyen de faire travailler les maires sur ces questions.

J'ai évoqué tout à l'heure un deuxième levier qui est le mouvement citoyen. Il y a un avant et un après le Grand Débat en matière de concertation et d'association des citoyens sur les questions de santé. Ce n'est pas un hasard si l'on met partout des comités citoyens et si l'on fait participer les parlementaires au Conseil de surveillance. Ce n'est peut-être pas le bon moyen, mais cela a eu le mérite de mettre sur la table cette question à laquelle il va falloir répondre.

Quantité d'actions sont menées au niveau des communes de manière volontariste et bénévole, car il n'y a pas d'argent public pour cela. À Neuilly-sur-Seine, j'ai mis en place un Espace santé des jeunes et un Conseil local de santé mentale sans aucun soutien financier de l'État, parce que notre ville n'est pas considérée comme une zone urbaine sensible ni prioritaire en matière de politique de la ville. Dieu sait si nous travaillons bien avec Laurent qui est à Nanterre, où les indicateurs en matière d'IDH ne sont pas les mêmes qu'à Neuilly, mais peu importe.

Je vois actuellement une vraie opportunité de pouvoir bénéficier de ces deux leviers, l'environnement et la démocratie participative, pour mettre en place et conduire des actions très opérationnelles. Les 150 Contrats Locaux de Santé actuels pour toute la France me paraissent insuffisants pour couvrir l'ensemble des besoins. Nous avons vraiment besoin de quelque chose d'un peu plus systémique et plus large.

Éric BRETON,
enseignant-chercheur à l'EHESP,
chercheur au laboratoire Arènes (UMR CNRS 6051)

Quel est votre point de vue, Madame MELSCOËT ?

Isabelle MELSCOËT,
maire adjointe de la ville de Brest
et vice-présidente du réseau français des Villes-Santé de l'OMS

Je vais plutôt intervenir sur la question de la transversalité des politiques municipales, locales en l'occurrence. Il y a vingt-cinq ans, l'élu à la santé était secondaire. Il n'avait pas une grande mission du type « mission régalienne » quand il s'agit de l'État ou de « mission support » dans le cadre des grandes collectivités locales. En tout cas, l'élu à la santé n'a pas de grandes missions pour lesquelles il y a beaucoup d'argent ; il est assez souvent militant et ce militantisme devient force de conviction.

À titre d'exemple, l'aménagement urbain de ma ville comprenait notamment un pont que les suicidaires appréciaient particulièrement. L'élu à la santé est allé convaincre le reste de l'équipe municipale de la nécessité d'aménager ce pont de façon à empêcher de nouveaux suicides. C'est ainsi que remontaient les transversalités. Très souvent, l'élu à la santé jouait le rôle du poil à gratter : il se mêlait un peu de tout et donnait son avis. C'est de ces échanges dans les bureaux municipaux que l'élu à la santé a acquis aujourd'hui toute légitimité à donner un avis sur les déchets. Le mégot est un déchet et il pollue, mais on fait de la santé par le mégot comme on fait de la santé par les espaces verts, les déchets… Dans le réseau français des Villes-Santé de l'OMS, on demande souvent à l'élu à la santé de faire le bilan de transversalité en observant ce qui se passe dans les différentes politiques. En fonction de ce bilan de transversalité, l'élu à la santé va se mêler de tel ou tel sujet.

Ce travail en réseau est assez inédit. Nous pourrions d'ailleurs faire un parallèle entre la santé et la politique de la ville, où j'occupe aussi des fonctions. Dans les deux cas, il s'agit d'élus « secondaires » qui ont de petites délégations et des réseaux dotés d'une très grande puissance d'innovation politique comparée à l'urbanisme ou aux grandes politiques municipales, à l'exception des finances qui sont assez transversales.

En termes d'innovation politique, la santé est probablement l'un des rares champs où nous avons encore le moyen d'agir, parce que cela coûte assez peu d'argent. C'est aussi le cas de la communication. Dialoguer avec le corps médical sur les territoires pour faire de la prévention primaire est assez facile, car les experts sont les médecins et ces derniers adorent sortir de l'hôpital pour parler aux bien portants. C'est donc un levier extraordinaire assez facilement mobilisable. Les Conférences de santé sur les territoires rencontrent bien plus de succès que les réunions politiques et rassemblent facilement 600 personnes. Celle de la semaine prochaine à Brest sur le thème du microbiote compte déjà le double d'inscrits.

L'idée de la transversalité est de créer des lieux où on ne va pas parler de soins. Les collectivités locales sont capables de le faire dans l'idée de la transversalité, car la santé n'est pas que le soin. D'ailleurs, les soins ne nous appartiennent surtout pas.

Éric BRETON,

enseignant-chercheur à l'EHESP,
chercheur au laboratoire Arènes (UMR CNRS 6051)

Concernant les déterminants sociaux de la santé, comment les élus peuvent-ils faire de la santé sans trop s'avancer sur la santé dans la mesure où cela ne fait pas exactement partie de leur champ de compétences ? Il me semble que chacun doit avoir sa vision de l'impact sur la santé. Thierry nous a parlé des déterminants sociaux de la santé. Est-ce que le discours sur ces déterminants est porteur pour les politiques publiques ?

Isabelle MELSCOËT,

maire adjointe de la ville de Brest
et vice-présidente du réseau français des Villes-Santé de l'OMS

J'ai envie de vous dire non, car il manque de pragmatisme. Les élus locaux doivent faire un certain nombre de recherches universitaires et s'acculturer. C'est le principe des réseaux. J'ai énormément appris dans les réseaux que j'ai pu côtoyer dans le champ de la santé. Je leur dois une grande partie de mes connaissances sur le sujet. D'un autre côté, il y a la notion de « passeur ». C'est-à-dire qu'il nous appartient d'expliquer de manière pédagogique ce que nous apprenons, comprenons et décodons du système de santé et de ses concepts.

Est-ce que la question des déterminants de santé est importante pour nous parce qu'elle conditionne un certain nombre de choses, et notamment les déterminants sociaux ? Selon moi, ce serait une erreur d'associer en permanence les déterminants sociaux aux déterminants de santé. La question sociale fait partie des déterminants de santé, mais l'inverse n'est pas vrai. Si l'on focalise énormément sur cette question, c'est parce que toutes les communes ont des CCAS et un budget important sur les questions sociales. Il en est de même pour les départements, mais en moindre proportion pour les régions. Ils ont en charge un certain nombre de compétences obligatoires, notamment les lycéens, d'où l'obligation de traiter la question de la santé par un prisme particulier.

Au vu de l'échéance qui arrive, j'estime que ce serait une erreur de traiter la question de la santé par le prisme de la question sociale. De la même façon, traiter la santé par le prisme du vieillissement serait une erreur même si 50 % des besoins de santé seront demain liés au vieillissement. Il faut faire de la santé une politique autonome, comme nous l'avons fait pour le développement durable à une certaine époque. Les déterminants de la santé sont à interroger.

Thierry LANG,

épidémiologiste, professeur Université Toulouse III et CHU Toulouse

Vous dites que ce n'est pas pragmatique. Pour moi, il n'y a rien de plus pragmatique qu'une bonne théorie. Vous dites que les déterminants sociaux de la santé sont un mauvais terme, car il limite à la question sociale. En réalité, les déterminants de la santé vont bien au-delà de ce qui est discuté aujourd'hui. Sur le sujet des déterminants de la santé, nous avons parlé de l'accès aux soins et de santé-environnement essentiellement par les aspects matériels (air, environnement…) alors que les deux sont liés. La question environnementale est aussi sociale. Les logements sociaux sont situés près des rocades. Je crois qu'il ne faudrait surtout pas les déconnecter de la question sociale.

Quant au pragmatisme, je crois qu'il y a deux étapes. Dans ton historiographie, Laurent, la date de 2010 me paraît très importante. Cela correspond à la fois au moment où les inégalités sociales de santé ont été inscrites à l'agenda politique et au début d'une phase de réflexion pour les chercheurs dont je faisais partie. Devions-nous rester dans l'analyse théorique, donc non pragmatique, ou nous lancer dans l'intervention ? C'est ce dernier choix que nous avons fait. Ce que j'ai essayé d'expliquer brièvement tout à l'heure, c'est qu'il règne en France une sorte de méfiance vis-à-vis des chercheurs. La recherche est considérée comme lente, non pragmatique et réduite à la théorie.

Depuis une dizaine d'années, nous essayons de nous impliquer au travers de ce mouvement qu'est la recherche interventionnelle. Je pense qu'il est possible d'avoir un dialogue. Le problème, c'est que le dialogue est long. Les financeurs de la recherche se plaignent d'avoir des réponses à des questions qu'ils n'avaient pas posées, ce qui pour eux n'a aucun intérêt, et leur fait perdre de l'argent. Je crois qu'il y a une phase très importante à mener, ce que nous avons fait dans notre région : se mettre d'accord sur les questions qui présentent de l'intérêt à la fois pour les politiques locales et pour les chercheurs. Le problème est que cela nécessite du temps.

Sur les questions d'urbanisme, il nous a fallu une quinzaine d'années pour construire cette confiance. Quinze ans pour que les urbanistes avec lesquels nous travaillons se rendent compte que nous avons effectivement des compétences qu'ils peuvent utiliser et que nous pouvons faire de la recherche ensemble, urbanistes et professionnels de santé publique interdisciplinaires. À l'heure actuelle, nous mettons au point des sessions de formation pour les urbanistes avec des équipes de santé, des chercheurs… Tout cela prend du temps, mais cette phase est incontournable.

Viviane BAYAD,
responsable Grande mutation prévention et promotion de la santé CNFPT

La notion de « déterminants de santé » sur le terrain auprès des agents de la fonction territoriale ne passe pas encore, car elle renvoie trop à la notion de « santé ». En revanche, les directeurs de restauration collective défendent l'idée qu'ils sont acteurs de santé. Ils ont bien compris en quoi l'alimentation, les conditions de la cantine… sont des déterminants de santé. Les directeurs de l'environnement revendiquent désormais le fait d'être des acteurs de santé. Quant aux urbanistes, ils préfèrent parler d'espaces publics favorables au bien-être plutôt que d'espaces publics favorables à la santé. La notion de déterminants arrive à passer, mais différemment. Peut-être devons-nous travailler sur la culture du consensus dans le langage. Force est de constater que des cultures professionnelles sont typées dans leur langage et leurs conceptions. Si nous voulons les faire évoluer sur la question des déterminants, je crois que nous devons créer sans arrêt de petites passerelles. En tout cas, il y a eu clairement des changements en matière de prévention.

Éric BRETON,
enseignant-chercheur à l'EHESP,
chercheur au laboratoire Arènes (UMR CNRS 6051)

Je crois surtout que les expressions « conditions de vie » ou « conditions quotidiennes d'existence » peuvent pour une large part être préférées au terme « déterminants sociaux de la santé ».

Béatrice GEORGELIN,
géographe, Université d'Angers UMR ESO

L'échelle à laquelle il faut se situer pour prendre en considération les déterminants de la santé est immense. Le diagramme de DAHLGREEN et WHITEHEAD, dont il a été question ce matin, montre l'enchevêtrement très complexe des échelles de tous les facteurs contribuant à la santé d'un individu : de la micro-échelle, qui est le corps même de l'individu, aux macro-échelles, comme l'évolution des politiques économiques au niveau mondial et leurs répercussions en chaîne sur le logement, sur la façon dont se tissent les sociabilités, une ville et l'urbanisation…

Pour comprendre comment s'articulent les problèmes, il faut se placer à une échelle qui n'est pas du tout celle où se placent les acteurs potentiels. Même si nous voyons se cumuler, au niveau local, des facteurs contribuant à améliorer ou dégrader la santé d'un individu, d'un groupe d'individus, d'un quartier ou d'une ville, les élus ou les professionnels interpellés pour résoudre les problèmes de santé des habitants ou de santé environnementale n'ont pas les moyens d'agir sur les causes extrêmement complexes et à des échelles très différentes. Il y a divergence entre l'échelle où se tissent les causes des problèmes et l'échelle où il est possible d'agir, raison pour laquelle les déterminants de la santé sont extrêmement utiles pour comprendre comment se créent les situations. Est-ce pour autant quelque chose de pratique et pragmatique pour trouver des solutions, proposer un projet ou une intervention ponctuelle ? Je ne le pense pas.

Éric BRETON,
enseignant-chercheur à l'EHESP,
chercheur au laboratoire Arènes (UMR CNRS 6051)

Très bien. Je vais maintenant donner la parole à la salle.

ÉCHANGES AVEC LA SALLE

Michel GÉRARD,
président délégué de l'UNAFAM 92, responsable régional

Le docteur FOURCADE m'ayant cité, je voudrais dire que nous estimons que c'est une chance pour nous que Madame FOURCADE ait accepté de prendre la présidence de la Conférence des territoires des Hauts-de-Seine lorsque celle-ci a été créée. Nous avons maintenant le Conseil territorial de santé, également présidé par un élu qui est aussi médecin hospitalier. Je pense que cela apporte une très grande force dans le réseau que nous devons faire vivre dans la mesure où ils ont des contacts avec tous leurs confrères maires adjoints à la santé. En tant qu'usagers, nous voyons bien l'importance de l'échelon local, à des degrés divers selon les pathologies, pour faire passer les messages. Cette double culture que possèdent nos présidents de Conférence est un pont très fructueux. Si un maire n'a pas la sensibilité « santé », il dit que la santé ne fait pas partie de ses priorités même si son maire adjoint veut agir dans ce domaine. Les élus sont de bons porte-parole auprès de leurs homologues élus. Ce n'est que de cette façon que nous progresserons.

Jean-Claude HENRARD,
professeur de santé publique

Vous parlez tous de « santé », mais j'avoue ne pas comprendre de quoi vous parlez. Quand vous parlez de « santé-environnement » dans votre exposé, j'ai l'impression que c'est le modèle biomédical qui est derrière. Vous parlez d'agir sur des déterminants environnementaux pour limiter le retentissement physiologique ou l'apparition de maladies. Or il existe d'autres conceptions de la santé. En tant que gérontologue, j'ai envie de dire que la santé est la capacité à fonctionner au mieux dans son milieu. Le côté « capacité » est très important et les élus vont donc avoir un rôle essentiel à jouer dans l'organisation du cadre de vie urbain pour tous les handicapés que nous sommes, à un moment ou un autre, quand on habite Paris. Quand vous êtes dans le métro avec une poussette, vous êtes handicapé. Ne parlons pas des handicapés reconnus comme tels ou des personnes âgées.

Ma seconde remarque porte sur le territoire. Il y a bien entendu les territoires constitués du point de vue national. Les politiques sociales nationales telles qu'une bonne indemnisation du chômage et de bonnes allocations familiales font plus pour diminuer la mortalité infantile que certaines mesures purement médicales. Il y a une politique plus locale, mais aussi la construction sociale du territoire. Quand il a été demandé aux Régions de définir leur territoire, certaines ont enclenché une dynamique de construction sociale de territoire qui ne correspondait pas forcément à des territoires d'élus ou à des territoires administratifs. Je crois que nous avons trop tendance à l'oublier.

En gérontologie, par exemple, la coordination gérontologique a pignon sur rue depuis trente ans. Les analyses faites par des chercheurs montrent que les territoires ont été construits à partir de problèmes identifiés par des acteurs qui se sont réunis, qui ont fait connaissance et ont construit ensemble un territoire social en prenant tout le temps nécessaire, car cela demande beaucoup de temps.

Éric BRETON,
enseignant-chercheur à l'EHESP,
chercheur au laboratoire Arènes (UMR CNRS 6051)

Je vous remercie. Quelqu'un souhaite-t-il s'exprimer sur ces deux interventions ?

Alexandra FOURCADE,
maire adjointe de la ville de Neuilly-sur-Seine
et conseillère départementale des Hauts-de-Seine

En réponse au Pr HENRARD, il me semble en effet que nous sommes dans une définition très large de la santé. C'est tout le parcours de vie qui concerne les collectivités territoriales, c'est-à-dire de la naissance jusqu'à la fin de la vie. Il faut identifier tout ce qui peut être un frein dans le parcours de vie avec les leviers d'action dont disposent les collectivités territoriales. Vous avez raison de dire que les leviers d'action ne sont pas les mêmes entre une politique publique en matière de prise en charge d'un certain nombre d'actes de remboursement ou de mesure sociale et ce qu'il est possible de faire au niveau local. Je pense que nous avons besoin des chercheurs à l'échelle du territoire. L'échelle d'efficacité d'une politique publique sera à mon sens différente en fonction du type de politique publique. C'est extrêmement complexe.

En gérontologie, la tête de pont de la politique de prise en charge des personnes âgées devrait logiquement être le département. Le schéma départemental de gérontologie est construit aujourd'hui conjointement

avec l'Agence régionale de santé, ce qui est déjà un progrès, en faisant le lien entre le secteur sanitaire et celui médico-social dans un schéma commun. Ensuite, il y a des coordinations gérontologiques qui s'organisent au niveau infra-départemental. Il y a dans chaque ville les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) que l'ARS essaie d'ailleurs de mutualiser avec d'autres dispositifs (les plates-formes territoriales d'appui) alors que les communes se battent pour maintenir au contraire ces structures de proximité.

Vous avez raison de dire que c'est extrêmement compliqué. Nous avons peut-être besoin de rationnel un peu plus scientifique, mais je ne suis pas certaine que nous y arriverons un jour. À quel niveau est-il plus efficace d'agir pour la dépendance, le handicap…? C'est un peu utopique d'imaginer que nous le ferons. L'actualité est de reconnaître la différenciation dans les politiques publiques pour la mise en œuvre. L'idée d'un schéma unique commun servant de modèle pour faire la même chose dans la Creuse, les Hauts-de-Seine, la Moselle… est totalement absurde.

Cela me fait penser à la limitation de vitesse à 80 km/h : obliger tous les départements français à mettre en place cette limitation est pour moi l'exemple type de ce qu'il ne faut surtout pas faire. Je pense qu'il aurait au contraire fallu fixer au préfet un objectif chiffré de réduction de la mortalité en se basant sur des études scientifiques pour définir l'objectif raisonnable, puis laisser l'initiative aux départements. Ce sont eux qui ont la connaissance de leur réseau routier et des pratiques et besoins des usagers, des agriculteurs… Il aurait donc été logique de leur laisser mettre en place la bonne mesure pertinente pour chacun d'entre eux.

Dans les politiques publiques complexes comme la santé, politiques qui nécessitent une plus grande souplesse, le rôle de l'État est d'accompagner cette différenciation des actions dans les territoires et de leur donner un certain nombre d'outils que les gens vont pouvoir s'approprier. La République doit s'orienter vers l'accompagnement et l'expérimentation, et ne surtout pas imposer un modèle unique d'organisation d'un territoire à l'autre.

Béatrice GEORGELIN,
géographe, Université d'Angers UMR ESO

Certains chercheurs en géographie et plus largement en sciences sociales se sont interrogés sur ces territoires qui ne sont pas qu'institutionnels, avec les grandes catégories d'État et les notions de région, de département, de ville. La recherche montre en général une hétérogénéité des constructions des réseaux d'acteurs. Elle a tendance à désigner par « territoire » un groupe constitué et implanté de façon à être reconnu. En fait, cette implantation se fait à cheval sur plusieurs quartiers ou plusieurs territoires d'appartenance selon que le réseau associe des acteurs départementaux, municipaux… Les travaux font état d'une sorte de bricolage généralisé. Les modèles d'innovation territoriale qui sont diffusés constituent un réseau qui se sédimente dans l'apprentissage. C'est souvent plus important dans ces territoires innovants qui sont parfois promus. C'est cette notion d'expérimentation, de constitution d'un réseau et d'ancrage qui rend cette expérience plus intéressante et plus durable que des déclinaisons nationales pour la mise en place d'un territoire qui aura telle forme, tel contenu, telle liste d'acteurs… et dont la reproductibilité est généralement vouée à l'échec contrairement à une expérimentation locale qui fonctionnera plutôt par « bricolage ».

Éric BRETON,
enseignant-chercheur à l'EHESP,
chercheur au laboratoire Arènes (UMR CNRS 6051)

Nous assistons depuis quelques années à l'émergence de l'idée que la santé d'une collectivité relève de sa capacité à s'adapter. La santé est donc associée à cette capacité d'adaptation. Ce qui montre que la collectivité est en bonne santé, c'est sa capacité à rebondir face à différents événements ou difficultés. Nous sommes là pour essayer d'améliorer le contrôle que la collectivité peut avoir sur les leviers qui font ou érodent la santé de sa population. Je suis d'accord pour dire que la santé est une question importante pour les collectivités.

Philippe LAVILLE,
co-animateur de groupe de travail santé bioéthique,
élu au Comité central de la Ligue des droits de l'homme

Nous sommes particulièrement sensibles aux initiatives d'ESPT – j'en profite pour saluer Laurent EL GHOZI – sur ces questions qui touchent de près la question des droits. Les inégalités font partie des atteintes aux droits des citoyens dans leur ensemble. Dans l'approche faite aujourd'hui, je trouve remarquable l'évolution vers une plus grande pluridisciplinarité qui rejoint la question des territoires.

Nous assistons à des initiatives prises par des territoires, mais qui ne sont pas forcément des territoires au sens géographique du terme. Je n'en

citerai qu'une, dont ESPT est d'ailleurs partie prenante : le lancement des Villes sans perturbateurs endocriniens, question assez fondamentale qui rejoint à la fois le bien-être et l'amour du soin. Cette action interroge à plusieurs titres. Tout d'abord, c'est une action originale née d'une initiative citoyenne, de villes, d'élus et d'associations qui, comme le Réseau Environnement Santé, agissent depuis longtemps sur ces questions. Elle n'est pas le fruit d'une directive ministérielle. 200 villes se sont engagées et ont signé la Charte des territoires sans perturbateurs endocriniens.

Cette initiative ramène à la question des inégalités territoriales. Quel accompagnement est-il fait ensuite par rapport à des initiatives de ce genre ? Certaines communes auront les moyens de développer des réponses concernant l'accès aux soins dans le cas, par exemple, des déserts médicaux, contrairement à d'autres communes. C'est notamment le cas des centres de santé municipaux qui existent sur certaines communes et pas sur d'autres, mais c'est aussi vrai pour d'autres initiatives locales du même type. Ne s'agit-il pas d'un problème d'étroite interrelation entre les inégalités sociales et les inégalités territoriales ? Nous avons avancé, au moins sur le papier, dans la prise en compte des inégalités sociales dans la mesure où cela fait partie des cinq ou six axes forts du plan Ma Santé 2022. C'est une grande innovation en comparaison de l'époque où l'on avait tendance à considérer que ce n'était pas important, mais que faisons-nous ensuite concrètement pour faire en sorte que, sur les différents territoires, il y ait possibilité d'agir concrètement et comment accompagnons-nous des projets innovants ?

Éric BRETON,
enseignant-chercheur à l'EHESP,
chercheur au laboratoire Arènes (UMR CNRS 6051)

C'est un bel exemple qui montre que nous pouvons être initiateurs. Quelqu'un souhaite-t-il réagir ? Y a-t-il des questions dans la salle ?

Annick DEBORD,
chargée de mission Prévention à la Ligue contre le cancer

Mon intervention est assez complémentaire de la précédente. Nous créons, en partenariat avec les collectivités, des espaces sans tabac. Notre dernier partenariat est avec le Réseau des Villes-Santé de l'OMS. Depuis 2012, où fut inaugurée à Nice la première plage sans tabac, nous avons rencontré des difficultés à convaincre les maires d'interdire de fumer dans certains espaces publics. Cette notion d'interdiction les gênait, car ils craignaient qu'une partie des citoyens se sentent exclus de l'espace de la ville. Aujourd'hui, il nous est beaucoup plus facile de faire passer le message du fait de la politique nationale très active de lutte contre le tabagisme dans laquelle nous nous inscrivons. Nous créons de plus en plus d'espaces sans tabac, mais force est de constater que nous arrivons à convaincre les maires plus pour des raisons écologiques que pour des raisons de santé. Ils sont beaucoup plus sensibles au fait qu'il y aura moins de mégots dans ces espaces sans tabac qu'à la « dénormalisation » du tabagisme.

Ma question rejoint celle de Monsieur. Comment encourager et soutenir tous ces partenariats d'initiatives locales, sachant que la Ligue contre le cancer agit dans 103 départements qui vont interagir avec les collectivités ?

Éric BRETON,
enseignant-chercheur à l'EHESP,
chercheur au laboratoire Arènes (UMR CNRS 6051)

Nous allons peut-être prendre la deuxième question avant de passer aux réponses.

Philippe ALAIS,
médecin généraliste retraité -Paris

Je voudrais vous parler d'une expérimentation dans un quartier prioritaire de la politique de la ville dans le XIVe arrondissement, où il y a un Atelier Santé Ville dans lequel je me suis investi une fois à la retraite voilà une dizaine d'années. J'y ai notamment travaillé sur la démarche de diagnostic, qui est générale aux Ateliers Santé Ville. Nous avons constaté qu'il y a dans ce quartier prioritaire de la politique de la ville un grand nombre d'associations qui ne travaillent pas forcément sur la santé. Notre première démarche a été de favoriser les liens entre les associations de ce quartier dans la mesure où elles peuvent, à un moment ou à un autre, être confrontées à une problématique de santé. C'est en partant de l'idée que la santé peut être liée à toutes leurs problématiques que nous avons travaillé à monter une sorte de réseau pour que les personnes se connaissent.

Une maison de santé a été créée dans ce quartier prioritaire de la politique de la ville. Selon moi, elle fonctionne un peu trop sur elle-même concernant la politique de soins. Notre démarche actuelle est donc de faire sortir de ses murs cette maison de santé et de favoriser son rap-

prochement avec des acteurs sociaux et médico-sociaux du quartier. Par ailleurs, il y a eu la création d'une CPTS dans le reste du XIVe arrondissement voilà déjà un an et demi.

Pour moi, toutes ces actions sont importantes et en lien avec la notion de territoire et celle de coordination entre tous les acteurs, sociaux et autres et pas seulement médicaux.

Éric BRETON,
enseignant-chercheur à l'EHESP,
chercheur au laboratoire Arènes (UMR CNRS 6051)

Est-ce qu'il y a des réactions sur ces deux interventions ?

Isabelle MELSCOËT,
maire adjointe de la ville de Brest
et vice-présidente du réseau français des Villes-Santé de l'OMS

Je suis, au réseau des Villes-Santé de l'OMS, le dossier des espaces sans tabac qui est, d'une certaine façon, en lien avec la question des inégalités. Qui fume et pourquoi ? Fumer est-il un luxe pour ceux qui n'ont rien ? Il faut aussi savoir entendre que le tabac n'est pas que nocif, que c'est quelque chose qui réconforte. Les personnes qui fument actuellement sont celles qui ont le plus de difficultés à entrer dans des stratégies d'arrêt du tabac. Le meilleur ambassadeur de la lutte contre le tabac est l'enfant non-fumeur de 8 ans. En revanche, aborder frontalement cette question chez un enfant dont les parents fument et sont en situation de précarité peut provoquer chez celui-ci un conflit de loyauté.

Cela pose aussi la question des inégalités territoriales, sujet qui relève d'ailleurs du débat contemporain, et à mon sens assez dangereux, sur l'opposition ville et campagne. Les villes sont généralement dotées de structures hospitalières, ce qui crée le sentiment d'un accès facilité aux soins. La très grande précarité est pourtant surtout présente dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville et au cœur des villes, car anonymisée dans les espaces urbains denses, même si elle existe aussi en milieu rural. Cela pose donc la question de la solidarité entre territoires.

Le fait d'avoir un élu à la santé est aujourd'hui un luxe ; nombre de communes rurales n'en ont pas. Quand l'équipe municipale se compose d'un maire et de trois adjoints, difficile d'avoir un élu à la santé. Une fois les missions obligatoires réparties, il n'y a plus de place pour la santé. Ces maires sont pourtant très impactés par la question de la démocratie sanitaire et deviennent assez militants, car hantés par la perspective de ne plus avoir de médecins. Ils reviennent vers nous, élus, depuis janvier, sur les métropoles, les intercommunalités des pays pour la région Bretagne, avec cette question dans les Contrats Locaux de Santé. Ce n'est plus la ville, mais l'intercommunalité, voire le pays, qui va désormais émettre les nouveaux Contrats Locaux de Santé. Je pense que la question de la démocratie sanitaire risque de phagocyter les prochains Contrats Locaux de Santé, car beaucoup de maires vont venir les signer avec cette attente de solutions. La maison pluridisciplinaire n'est pas du tout pensée de la même façon quand elle est en zone rurale ou quand elle est en zone urbaine ou en quartier prioritaire de la ville.

La politique de la ville a la chance de pratiquer le partenariat, qui est d'ailleurs particulièrement performant depuis quarante ans. Se mettre autour d'une table et travailler ensemble pour aller dans le même sens sur les questions de politique de la ville revient juste à faire preuve de sens commun, parce qu'il y a très peu d'argent et qu'il faut défendre le peu qu'il y a. Il nous faudra travailler de la même façon, en partenariat, pour traiter la question des maisons pluridisciplinaires et celle de la démocratie sanitaire. D'autres politiques publiques sont très fortes sur le partenariat ; nous devrons nous en inspirer.

Concernant les espaces sans tabac, sujet que je connais bien, je tiens à pondérer le bilan d'une plage sans tabac où nous avons évalué l'impact en comparant la situation avant l'interdiction et après celle-ci. Le bilan sur le déchet et le mégot est nul, car nous n'avons pas ramassé moins de déchets et de mégots sur la plage cette année par rapport à l'an passé alors qu'elle était sans tabac. Autre bilan : nous n'avons pas ramassé plus de mégots dans les cendriers de l'espace avec tabac que dans ceux de la plage sans tabac.

Je pense que les espaces sans tabac seront tôt ou tard incontournables. Il faut accepter de faire des espaces d'expérimentation dans les villes afin d'en tirer le bilan, mais en veillant à ne surtout pas en faire des espaces d'exclusion sociale. Pour cela, Il convient au contraire d'aménager, dans ces espaces sans tabac, des espaces pour fumeurs qui soient en même temps des lieux d'acculturation sur l'arrêt du tabac et sur la pédagogie avec un certain nombre de choses ne passant pas par le prisme de la culpabilité, « fumer n'est pas bien ».

En faisant du parc, de la plage et des terrasses de cafés des lieux sans tabac, nous repoussons le problème ailleurs. Le lycée qui était un espace fumeurs vingt ans plus tôt est désormais un espace non-fumeurs. Pour

autant, la consommation de tabac n'a pas diminué chez les jeunes depuis cette interdiction de fumer dans les lycées. L'espace fumeurs se retrouve aujourd'hui dans l'espace public sans aucun contrôle, mais personne ne se soucie que des enfants de 14 ans le traversent tous les jours même s'il est à l'air libre. Je suis d'accord qu'il faut créer des espaces non-fumeurs, mais il faudra penser à ce qu'ils génèrent comme exclusion et à ce qu'il faut aménager pour ne pas travailler sur les effets pervers.

Éric BRETON,
enseignant-chercheur à l'EHESP,
chercheur au laboratoire Arènes (UMR CNRS 6051)

Quelqu'un souhaite-t-il aborder un autre sujet ?

Thierry LANG,
épidémiologiste, professeur Université Toulouse III et CHU Toulouse

Je voudrais revenir sur le schéma des déterminants de santé qui comporte des éléments importants : des causes fondamentales et des causes proximales. En matière de politiques locales, nous n'avons pas parlé aujourd'hui du changement climatique. C'est pourtant un très bon exemple. Le changement climatique est une cause fondamentale qui va impacter la santé et devant laquelle nous pouvons nous sentir démunis. Il y a des engagements citoyens vers l'écologie politique notamment, et il y a aussi, au niveau des politiques locales, des actions (îlots de chaleur…) à la fois sur la santé dans toutes ses définitions et sur les inégalités sociales de santé. Même s'il n'y a pas encore d'études sur le sujet, nous voyons très bien que les personnes les plus défavorisées sont les plus exposées.

Dans les politiques de la ville se pose cette double réflexion sur les causes fondamentales et les causes proximales. Une collectivité locale peut participer à une politique globale d'une cause fondamentale, comme le changement climatique, et elle peut aussi agir sur des actions individuelles beaucoup plus proches de la personne et donc très proximales. Je pense que le schéma des déterminants de santé est un bon modèle et que le changement climatique est un beau défi pour « Élus, Santé publique & Territoires ».

Madame SAINT-MARTIN,
directrice d'un réseau de santé dans les Hauts-de-Seine

Ma question porte sur la coordination des différents dispositifs de santé. Nous sommes impliqués dans la création de CPTS et nous travaillons en lien avec les coordinations gérontologiques et cliniques. Le fait qu'il y ait plusieurs niveaux d'intervention nous convient très bien, car nous ne fusionnons pas forcément avec eux contrairement à ce qui est demandé. Les MAIA et les réseaux de santé vont se regrouper pour constituer un dispositif d'appui à la coordination qui sera doté d'une gouvernance territoriale. Qu'est-ce que prévoit la DGOS sur cette question ? S'agit-il d'un projet construit ou de mots en l'air ? J'avoue que nous n'avons pas encore très bien compris à notre niveau.

Alexandra FOURCADE,
maire adjointe de la ville de Neuilly-sur-Seine
et conseillère départementale des Hauts-de-Seine

En tant qu'élue de terrain et élue des Hauts-de-Seine, je ne peux pas vous dire précisément ce que la DGOS a en tête concernant cette question de la gouvernance. Comme je l'ai déjà dit, on n'impose pas un modèle de gouvernance unique. Il faut au contraire donner de grands principes de coordination avec un cahier des charges de la coordination des missions à accomplir au niveau d'un territoire et laisser les acteurs locaux organiser la gouvernance comme ils l'entendent.

C'est très différent dans les Hauts-de-Seine par rapport à d'autres territoires, où le même dispositif de plates-formes territoriales d'appui sera le cadre général. Après les événements des derniers mois et avec cette volonté du gouvernement de différenciation entre les territoires, les élus de terrain ont intérêt à laisser beaucoup de souplesse dans leur organisation. Il faudra ensuite voir la mise en œuvre opérationnelle. Vous avez raison de souligner la grande difficulté que nous rencontrons sur l'animation territoriale de tous les projets hétérogènes, riches…

Je ne pense pas que les Agences régionales de santé, qui sont garantes de la mise en œuvre de tous ces dispositifs, soient aujourd'hui armées sur le plan des compétences et des métiers. En outre, la composition de leurs effectifs ne correspond pas forcément aux besoins nouveaux suscités par cette volonté de travailler beaucoup plus en phase avec les collectivités territoriales et les partenaires avec lesquels les Agences n'ont pas l'habitude de travailler. Il y a encore cette logique descendante. Par exemple, les élus ont été convoqués par l'ARS à une réunion de concertation régionale

d'Île-de-France sans que nous sachions très bien comment cela avait été déterminé : il y avait des gens de la CRSA et quelques élus, peut-être tirés au sort.

Il y a un vrai sujet de changement de méthode. Nous sommes dans un processus qui est à construire ; tout n'est pas perdu. En tout cas, ce serait une grosse erreur d'imposer un modèle unique de gouvernance sans tenir compte des spécificités. Les maires, qui sont des élus de proximité, sont ceux qui s'en sortent le mieux dans l'échelle de valeurs des citoyens. L'intérêt de s'appuyer sur les maires dans la proximité est ce pouvoir de convocation d'un certain nombre de partenaires, pouvoir que l'ARS n'a pas. C'est la raison pour laquelle le CLSM est puissant et fonctionne, car c'est le maire, et non l'État ou l'Administration, qui convoque les partenaires. Cela se passe donc entre professionnels qui connaissent le sujet, qui ont envie d'avancer et de résoudre ensemble les problèmes avec les leviers des uns et des autres.

La tendance générale étant le manque d'argent, la responsabilité politique est donc de faire de son mieux avec le peu d'argent public disponible. Que ce soit une collectivité ou l'État, c'est de l'argent public et nous avons tous intérêt à réussir ensemble. La pression du manque de ressources oblige à avoir une intelligence collective puissante et nous sommes redevables vis-à-vis du citoyen, qui en tire les conséquences dans les urnes le moment venu.

Mme SAINT-MARTIN

La difficulté pour nous est d'être parfois perçus comme un outil de l'ARS dans la mesure où elle nous finance à 100 %. D'où une certaine méfiance des élus vis-à-vis d'une tentation centralisatrice, qui consisterait à utiliser nos dispositifs comme un droit de regard sur ce qui se fait dans les communes. Nous avons des difficultés à obtenir le soutien des élus et à travailler plus en lien avec eux. Je tiens donc à préciser que nous ne sommes pas uniquement un outil de l'ARS.

Laurent EL GHOZI

J'aimerais intervenir sur cette question de l'ARS d'Île-de-France dans ses relations avec les élus. Le projet de réorganisation du système de santé a été présenté à la commission permanente de la CRSA, projet dans lequel apparaît très clairement pour la première fois la nécessité d'améliorer la concertation avec les élus. Claude ÉVIN a probablement été l'un des directeurs généraux de l'ARS à se montrer le plus enclin à travailler avec les élus et les collectivités, mais il reste manifestement du travail à faire en ce sens. Le nouveau directeur général, Aurélien ROUSSEAU, a compris que la mise en œuvre des CPTS et des plates-formes territoriales d'appui devait respecter ce qui existe et se faire avec les collectivités.

Le bon modèle général est-il celui du Conseil Local de Santé (CLS) qui assurerait non pas le pilotage, mais la coordination, la convergence et le sens des différentes actions et des regroupements d'acteurs de santé sur son territoire ? J'entends bien ce que nous en a dit monsieur HENRARD. Est-ce le modèle ultime ? C'est un peu la position de l'association « Élus, Santé publique & Territoires ». Nous sommes peut-être maximalistes, mais force est de constater qu'il y a besoin de quelque chose de tel.

Éric BRETON,

enseignant-chercheur à l'EHESP,
chercheur au laboratoire Arènes (UMR CNRS 6051)

Merci. La mobilisation de ces acteurs permet, à mon sens, de créer du possible par la densification du lien entre acteurs d'un territoire et par la mobilisation des ressources propres à chacun de ceux-ci. Nous devons encourager ce type de liens au niveau local.

Alexandra FOURCADE,

maire adjointe de la ville de Neuilly-sur-Seine
et conseillère départementale des Hauts-de-Seine

Le volet de l'évaluation n'a pas du tout été évoqué. C'est un sujet que nous avons du mal à aborder en France. Autant nous pouvons laisser de l'initiative aux acteurs de terrain pour monter des organisations, autant la responsabilité de l'État et des ARS est de mettre en place des outils d'évaluation dont nous manquons cruellement. Comme je le disais précédemment avec l'exemple de la limitation de vitesse, il faut donner un objectif chiffré et laisser ensuite les acteurs organiser les moyens pour y parvenir. Dans la loi de 2004 relative à la politique de santé publique – projet de loi sur lequel j'avais travaillé à l'époque –, nous avions fixé cent objectifs au niveau national, mais ces objectifs n'ont pas du tout été territorialisés.

Ceux qui travaillent sur les indicateurs de santé publique devraient peut-être accompagner cette territorialisation des politiques de santé avec quelques objectifs quantifiés et mesurables qui permettraient de

mettre tout le monde d'accord. Il y a peut-être une limite, mais je crois que c'est ce qui nous manque aujourd'hui dans ces questions d'environnement en termes d'impact environnemental. Je ne sais pas ce dont nous disposons aujourd'hui. De grands débats ont lieu sur les voitures entièrement électriques. Je n'ai jamais vu de tentatives d'explication aux usagers sur des critères scientifiques partagés et vérifiés. Quelles sont les données actuelles en littérature, dites « analyses critiques scientifiques », pour mettre d'accord des stratégies d'action, actuellement un peu opaques, sur le meilleur choix possible ?

Éric BRETON,
enseignant-chercheur à l'EHESP,
chercheur au laboratoire Arènes (UMR CNRS 6051)

Nous disposons de quelques minutes pour poursuivre ce débat très intéressant.

Thierry LANG,
épidémiologiste, professeur Université Toulouse III et CHU Toulouse

En tant qu'épidémiologiste attaché aux chiffres, je crois que la notion d'évaluation est très compliquée. Il ne faudrait pas laisser penser que nous savons faire des évaluations. Nous avons réfléchi avec certains collègues – et même commis un livre sur le sujet – à la question de l'évaluation et à la nécessité d'avoir effectivement un certain nombre de chiffres. La question de l'évaluation concerne aussi la dynamique des politiques publiques évoquées ici, la manière dont les partenaires fonctionnent et avancent ensemble… Il ne faudrait pas laisser croire qu'une évaluation devrait être imposée dans les territoires. La difficulté pour les associations locales et les collectivités territoriales est que, pour un financement souvent très modeste, il leur est demandé de faire une évaluation considérable avec des chiffres qui ne servent à rien dans la mesure où personne ne les regarde. Nous ne savons vraiment pas grand-chose en matière d'évaluation ; c'est vraiment un problème. Je pense qu'il faudrait commencer par dire que nous ne savons pas très bien évaluer.

Alexandra FOURCADE

Je parlais des ARS.

Thierry LANG

Oui, mais l'État finance les associations par le biais des ARS.

Éric BRETON,
enseignant-chercheur à l'EHESP,
chercheur au laboratoire Arènes (UMR CNRS 6051)

Nous sommes beaucoup en contact avec les ARS sur cette question de l'évaluation. On se limite souvent aux évaluations de processus. On va par exemple évaluer un atelier sur la santé en se contentant uniquement de compter les têtes dans la salle. Le système de santé doit apprendre à s'interroger, à tous les niveaux, sur ce que l'on peut attendre comme impacts générés par la présence de ces personnes et sur ce que leur participation à cet atelier leur a apporté. Nous en sommes très loin, car notre démarche est beaucoup plus basée sur le décompte de l'argent dépensé, décompte sur lequel nous nous contentons de coller l'étiquette « évaluation ».

Quelqu'un a-t-il envie d'intervenir sur la question des déterminants ? Thierry nous a parlé des questions de solitude et de cohésion sociale. Ce sont des déterminants qui sont extrêmement négligés alors que les élus voient très bien les conséquences très importantes de l'isolement sur la santé et sur le bien-être des habitants. Nous voyons émerger des questions beaucoup plus importantes que celle de l'accès aux soins. Avec la question du réchauffement climatique, nous allons vers le paradigme de la santé planétaire qui comprend aussi la santé humaine et va bien au-delà. Il y a une émergence de tous ces déterminants de santé que nous n'étions pas capables de voir du fait de notre perspective centrée sur les déterminants individuels, qui est une approche purement médicale.

Une intervenante

L'évaluation est un sujet qui nous tient extrêmement à cœur dans les réseaux de santé. À titre d'exemple, nous avons un outil intéressant qui est la rémunération spécifique pour les psychologues : c'est-à-dire la possibilité, pour des personnes âgées, des personnes atteintes d'un cancer ou en soins palliatifs ou pour leurs proches, de payer dix séances avec un psychologue à domicile ou en cabinet. C'est le seul dispositif qui existe à domicile pour les personnes ne pouvant pas se déplacer. Cette expérimentation est financée par l'ARS. Nous réclamons une évaluation de ce dispositif, parce que nous constatons sa grande utilité. Malheureusement,

le directeur de la stratégie de l'ARS a décidé de supprimer ce dispositif au 31 décembre prochain sans aucune raison. Nous réclamons donc une évaluation de ce dispositif afin de prouver son utilité en nous appuyant sur des arguments. Nous essayons actuellement de repousser la date de sa suppression de façon à pouvoir déposer une demande de financement dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale. Pour nous, la question de l'évaluation se situe ailleurs. Notre analyse de toutes les fiches des patients ayant bénéficié de ce dispositif montre qu'il s'est passé quelque chose. N'ayant pas de formation en santé publique, je ne peux pas évaluer ce qui s'est passé, d'autant plus que je suis partie prenante. Je trouve que cela mériterait d'être fait un peu mieux.

Éric BRETON,
enseignant-chercheur à l'EHESP,
chercheur au laboratoire Arènes (UMR CNRS 6051)

Quelqu'un souhaite-t-il réagir ?

Une intervenante,
coordinatrice dans un service social en psychiatrie à Albi

Je remercie madame FOURCADE d'avoir mis l'accent sur les Conseils locaux de santé mentale. J'ai été un peu l'initiatrice de celui d'Albi. Ce qui me ravit ce matin, c'est que nous avons très peu parlé d'argent. C'est assez rare dans ce genre de colloque où je suis généralement entourée de gestionnaires qui ne parlent que d'argent. Moi, je suis professionnelle et non gestionnaire. Même si le mot « humain » a été peu utilisé, il figure en filigrane dans toutes vos interventions. Quelqu'un a dit ce matin que lorsque l'on a peu d'argent pour mettre en place des Conseils locaux de santé mentale ou des contrats locaux de santé – nous en avons aussi créé –, on met en œuvre l'intelligence collective. J'approuve ce propos qui est vraiment une réalité.

La santé, aux yeux de l'opinion publique, c'est généralement la santé physique, somatique. Pour notre part, nous parlons de santé mentale. Nous avons beaucoup de difficultés, entre le Contrat Local de Santé et le Conseil local de santé mentale, à faire le lien entre la santé publique et physique et la santé mentale.

Alexandra FOURCADE,
maire adjointe de la ville de Neuilly-sur-Seine
et conseillère départementale des Hauts-de-Seine

Vous avez tout à fait raison concernant la définition de la santé. Je ne crois pas que le Conseil local de santé mentale figure dans le projet de loi Ma Santé 2022. Il est prévu que les contrats territoriaux de santé, qui doivent se développer, intègrent les contrats locaux de santé et les Conseils locaux de santé mentale. Je pense que c'est une évidence pour nous tous autour de cette table. S'il y a un sujet particulièrement intégrateur, c'est bien celui de la santé mentale étant donné qu'il comprend le repérage, la prévention, l'intervention ainsi que les déterminants liés aux facteurs sociaux, environnementaux, au logement, à la vie dans la cité en fonction des territoires… Pour nous, c'est exactement la bonne approche en matière de santé publique et de gouvernance au niveau local même si les leviers sont entre les mains des élus. Sur un Cosneil local de santé mentale, il est tout à fait possible d'être acteur sur le rapatriement, par exemple, d'un secteur de psychiatrie dans un territoire. C'est ce que nous avons fait dans les Hauts-de-Seine. Cela peut aussi se faire sur des questions sanitaires sur lesquels la collectivité, ou le maire, n'est pas forcément en première ligne, mais le fait de convoquer un certain nombre d'acteurs comme le directeur général de l'ARS sur ces sujets fait généralement bouger les lignes. Cela dépend peut-être des endroits. Le maire et le DG de l'ARS sont deux agents publics qui n'ont pas tout à fait les mêmes logiques en matière de gouvernance, mais ils doivent avoir un dialogue intelligent et s'entendre dans l'intérêt public.

Samira AMIR,
coordinatrice du Conseil local de santé mentale de la ville de Rosny-sous-Bois

J'aimerais insister sur ce décalage entre ce que les politiques préconisent et la définition de la santé mentale qui englobe aussi bien l'aspect social que médical. Il est dit que la réponse apportée doit être globale et qu'il faut organiser les acteurs en santé du territoire dans une approche territoriale transversale. Entre ce qui est écrit et la réalité, il y a un décalage que nous constatons tous les jours. Le principal responsable de ce décalage est une culture professionnelle différente, des instances de concertation très difficiles pour harmoniser les pratiques et s'apprivoiser entre cultures professionnelles (purement sanitaires ou sociales). C'est une réalité que les professionnels vivent au quotidien par manque de moyens et manque de temps entre les obligations, les jours de concertation, de partage d'avis, de regards croisés de professionnels.

Il y a aussi un gros problème de financement. On incite les différents acteurs à travailler ensemble, à harmoniser les pratiques, à apporter des réponses avec une approche globale de la santé, parce que la santé est à plusieurs niveaux (social, médical...). Or, les appels à projets mettent en concurrence de façon contradictoire les différents acteurs. Il y a aussi la segmentation de la politique entre le champ de la santé et celui de l'action sociale alors qu'il faudrait harmoniser toutes ces politiques, d'autant que cette segmentation entraîne une guerre budgétaire qui impacte les pratiques des différents professionnels sur le terrain.

Éric BRETON,
enseignant-chercheur à l'EHESP,
chercheur au laboratoire Arènes (UMR CNRS 6051)

Nous allons clore cette table ronde. Je vous remercie tous infiniment pour la richesse des interventions de cette matinée.

CONTRECHAMP DE LA MATINÉE

Marianne AUFFRET,
vice-présidente d'ESPT

Avec Laurent CHAMBAUD, nous nous sommes demandé si nous nous y étions pris comme il fallait. Peut-être nous sommes-nous trompés sur le nom à donner à cette Journée ou n'avons-nous pas suffisamment amené les personnes à parler de choses concrètes avant de les tirer vers l'abstrait. Ne pas se poser la question de la forme serait une erreur.

Je dois animer le contrechamp de la matinée, mais j'ai oublié la raison du choix de ce titre qui, à ce moment-là, me semblait une évidence. Le contrechamp est-il le travail de ceux qui cultivent et « agricultivent » la controverse, de ceux qui chérissent l'élément contraire ? Le karma des politiciens n'est-il pas de chérir les dieux de l'adversité ? C'est peut-être ce goût de la controverse qui pousse notre association à porter, depuis quinze ans, une attention aussi absconse à l'idée que les élus doivent s'occuper, avec une attention décuplée, de ce qui ne les regarde pas ou du moins pas officiellement.

Serge BLISKO a rappelé ce matin le contexte historique précédant la création d'ESPT, époque où chacun avait alors son champ ou le cherchait. Dans le champ des élus municipaux, ne figurait pas le secteur de la santé alors qu'il leur était justement demandé de s'en occuper en plus de tous les autres (les crèches, les permis de construire, les rues, les loisirs des personnes âgées et des jeunes, les chemins, les talus, les pistes cyclables, les égouts, les canaux, les médailles du travail, les centenaires, la tranquillité publique, la mémoire des Guerres mondiales, les salles polyvalentes, la gestion de l'eau...). Nous n'avons pas encore la gestion de l'air, mais celle-ci se pose désormais même si nous n'avons pas encore de régie de la gestion de l'air. Les élus locaux se sont aussi occupés des grands débats internationaux et des choses dont l'État n'avait pas envie de se charger comme l'hébergement d'urgence. Les élus que nous sommes sont ainsi convoqués sur une multitude de champs qui, finalement, vont venir composer la santé. C'est la raison pour laquelle nous avons décidé de nous y intéresser directement au moment de la création d'ESPT.

À l'époque où chacun avait son champ dont il s'occupait, nous ne devions nous occuper que de nos affaires et ne surtout pas regarder sur ce qui se passait dans le champ du voisin et encore moins nous prononcer sur l'utilisation de glyphosate à seulement cinq mètres du nôtre. Au moment où nous avons programmé cette Journée, nous ne pensions pas que l'actualité porterait à ce point autour de questions touchant directement les élus locaux, à savoir les champs, le glyphosate et la santé. D'une certaine façon, notre programmation tombe dramatiquement bien. Nous pen-

sions tout d'abord dire que les villes ne fabriquaient pas de la santé, mais des maladies et qu'il était plus sérieux d'avoir ce genre de considération.

L'idée de contrechamp a perpétuellement traversé notre association qui a, de tout temps, associé champ et contrechamp. Cela a commencé avec le nom que nous avons choisi : ESPT. Si vous allez sur Internet, la première définition de ce sigle est : « état de stress post-traumatique ». En fin de compte, ce n'est peut-être pas un hasard si nous avons appelé cette partie de notre journée « contrechamp ».

Notre premier contrechamp a été celui de la droite et de la gauche, dont on ne parle jamais, ou du moins pas frontalement, même ce matin, parce que nous pensions avoir quelque chose en commun. Ce qui nous a aidés à nous maintenir aussi longtemps, c'est que nous n'avons jamais fait semblant d'avoir tout en commun. À part nous, les gens de droite comme ceux de gauche estiment n'avoir rien en commun, ni hypothèses ni idéaux, et ne misent pas du tout sur les mêmes mécanismes pour que les choses s'améliorent. Nous pensons pourtant qu'il y a des points communs entre les gens de droite et ceux de gauche, toutes catégories confondues (élus, techniciens, soignants, patients...). Nous avons essayé de dessiner les contours de ces points communs à la droite et à la gauche. Trouver des points communs entre la plus grande ville adhérente qu'est Paris et le plus petit village de 300 habitants est moins évident que de trouver ceux entre Neuilly et Nanterre. Ce n'est pas exactement le sens de la loi SRU.

Avec ma collègue Alexandra, nous avons parfois cette discussion sur ces points communs et la difficulté quelquefois douloureuse à les trouver. Nous avons organisé à Marseille, il y a deux ans, une Journée d'étude sur l'habitat et la santé mentale. Parler de l'habitat social avec des gens marqués plus ou moins à droite et d'autres plus ou moins à gauche n'est pas simple, car on ne peut pas complètement éviter les sujets ni les rendre suffisamment techniques pour qu'ils ne soient pas trop politiques.

La Ville peut-elle fabriquer de la santé en agissant tout d'abord sur l'offre de soins par les leviers fonciers, par les subventionnements ou par la voie des bonnes relations avec le monde des soins et ses façons de faire, son identité de professionnels, ses capacités, ses demandes ? Nous avons un peu avancé sur l'offre de soins. Philippe a mentionné ce matin une légère augmentation des maisons de santé pluridisciplinaires. Sans doute est-ce par l'offre de soins que nous aurions pu amener davantage les gens sur des questions peut-être un peu trop transversales et abstraites.

Outre l'offre de soins, nous pouvons agir sur les déterminants de la santé. Notre idée était de faire venir autour de la table, pour discuter de ce sujet, des savants, des techniciens, des personnages politiques... et de se demander ensemble si le terme « territoire » a le même sens pour un ingénieur, un géographe... Nous avons passé un long moment ce matin sur la définition de ce terme et sur la nécessité ou non de se mettre un jour d'accord sur la définition de tous les termes dans la mesure où chaque terme aura toujours un sens autre pour chaque profession représentée ici. Cette idée d'assemblage est intéressante et subtile même si elle ne soulève pas les foules.

L'idée d'agir sur les déterminants de santé n'était pas de limiter la technique, mais au contraire de trouver quelque chose qui soit notre spécificité, notre savoir-faire, sans pour autant limiter les techniciens. Le savoir-faire d'un élu est d'arriver à délibérer, en son for intérieur et sous le regard des citoyens, sur les exigences multiples et principalement contradictoires des intérêts particuliers et des intérêts collectifs – nous avons mis de côté l'intérêt général, s'il existe – ainsi que les intérêts contradictoires du camp qui les a élus et ceux des administrés qui, eux, sont de tous les camps, y compris celui de nos adversaires. Je suis à la fois une élue de gauche et l'élue de personnes de droite et de gauche si bien que, d'une façon ou d'une autre, je dois entendre le fait que les gens qui sont contre mon programme doivent aussi être en partie satisfaits et cela tout en poursuivant le programme que j'ai promis. Ce n'est pas très confortable, mais c'est ce qui fait la science de l'élu ; en tout cas, celle de la femme ou l'homme politique.

Je me définis comme piétonne. Dans mon arrondissement, certains automobilistes sont pro-piétons (les anciens piétons devenus invalides, par exemple). Nous devons prendre en compte tous ces éléments et intérêts contraires, d'où la complexité pour fabriquer de la santé. L'idée même de « villes favorables à la santé » est un chemin truffé d'embûches pour celui qui espérait le faire d'un seul tenant. Si ce n'est pas un peu douloureux, c'est parce que vous ne travaillez pas assez. C'est comme les abdominaux ! Construire un chemin politique un peu puissant revient souvent à s'obliger à affronter des moments douloureux et résoudre le dilemme qui se pose entre le milieu naturel de la personne politique, même quand il est privé, et ses convictions.

La Ville de Paris a commencé à enlever le bitume des cours de récréation. L'objectif est d'aller vers le bien, en rendant les sols perméables dans la perspective des 7 °C supplémentaires en 2100. Cette décision bonne pour l'environnement deviendra négative le jour où les parents viendront se plaindre de la boue sur les chaussures et les vêtements de leurs enfants. Faut-il « débitumer » pour faire face à l'urgence climatique ou ne pas

« débitumer » pour satisfaire des parents qui revoteront alors pour l'élu ? Comment durer quand on est un élu et que se pose la question de sa réélection ? Aucune autre profession n'est soumise au vote. Le dilemme est là : durer ou faire le bien au risque de ne pas être réélu ?

Il y a eu ces dernières années au sein de notre association une sorte de champ-contrechamp du président, Laurent EL GHOZI, et de la vice-présidente (moi-même) qui a donné lieu à des conversations parfois un peu épiques sous le regard très patient de Frédérique QUIRINO CHAVES, à qui je rends un hommage appuyé pour toutes ces années passées à prendre le risque d'avoir des incompris. L'une des caractéristiques de notre champ-contrechamp est de donner à voir, dans nos discussions passionnées, nos choix, nos attachements, une espèce d'ivresse des sommets de mon pessimisme total et la terre si féconde de son optimisme féroce. Je vais illustrer à ma manière ce qui s'est passé ce matin.

Imaginez un instant Laurent et Marianne au bistrot ou dans un bureau. Elle trépigne et se désole de voir que tout a déjà été dit tandis que Laurent l'incite à regarder les choses positives et les avancées qui ont déjà eu lieu. Il y a donc entre Laurent et Marianne une alternance de bonnes et de mauvaises nouvelles. Du côté des bonnes nouvelles, les choses avancent un peu. Les intervenants de la matinée laissent à penser que les deux ou trois idées que nous avons défendues ces dernières années correspondent à une prise de conscience de la dimension systémique de la santé. J'ai bien conscience que celle-ci ne fait pas non plus venir les foules, mais c'est bien de cela qu'il s'agit. Nous assistons aussi à une prise en compte des déterminants, à une créativité qui série les nouvelles interactions et idées de recherches-actions, et nous constatons une tendance à solliciter les sciences sociales pour mieux comprendre au lieu de se contenter de la mesure qui donne des chiffres dont nous ne savons pas toujours quoi faire.

Du côté des mauvaises nouvelles, la prise de conscience se fait dans un contexte de crise majeure où les enjeux environnementaux, en particulier climatiques, menacent notre santé à la fois individuelle, physique et psychique. Nous commençons juste à percevoir la façon dont cela va nous affecter profondément. Il y aura sans nul doute des questionnements autour de la manière de vivre malgré tout, questions existentielles pouvant aller jusqu'à la pathologie. Les enjeux environnementaux menacent également notre santé collective, qui est l'autre nom pour parler du politique, ainsi que notre capacité à vivre côte à côte et à rester vivants. Nous avons réfléchi ce matin à cette notion de « santé ». Rester en vie n'est peut-être pas suffisant, mais c'est déjà ça. Je suis vraiment déprimante avec mes ressources psychiques mais, nous avons principalement évoqué ce matin des choses qui nous abimaient physiquement. La capacité à supporter la crainte et l'inconnu d'un environnement qui mute plus rapidement que nos capacités d'adaptation est peu évoquée. Nous avons progressé en santé environnementale, mais peu progressé dans notre capacité à imaginer tout ce que cela va recouvrir. Comme je le dis à mes enfants, il faut arriver à imaginer la suite comme une aventure.

La bonne nouvelle, c'est que les différents collectifs qui se penchent sur ces questions sont des lieux heureux où les compagnonnages sont assez longs et remarquablement forts. Comme nous l'avons évoqué dans l'argumentaire de cette Journée, c'est aussi l'occasion aujourd'hui, pour le conseil d'administration de notre association, de retrouver un certain nombre de personnes que nous croisons de temps à autre et avec lesquelles le fait de militer est une façon de vivre ensemble. La détermination peut s'aiguiser et se renforcer au fil des années, contrairement au cliché du délitement, pour arriver à l'opposé et se mettre à préférer le moelleux des certitudes. Cette Journée nous permet donc de mesurer le renforcement de notre détermination. D'une certaine façon, nous sommes restés vifs.

La mauvaise nouvelle, c'est que la détermination ne suffira pas et que les difficultés méthodologiques sont nombreuses. Le risque qui nous guette n'est pas tant d'avoir tort que d'être trop peu à avoir raison. Ce qui nous guette aussi, c'est sans doute d'ajouter notre pierre à cet horrible édifice du blabla et des mots-valises et qui, de fait, couvre notre inaction. Depuis que nous avons décidé qu'il fallait faire de la coordination, pour prendre cet exemple, chaque jour est inventé un nouveau moyen de coordonner. Je crois que nous devons faire attention à ne pas ajouter notre pierre au bruit. De la même façon, depuis qu'il a été décidé de casser les silos et les représentations, tout est un peu cassé et cela fuit ici ou là.

Nous avons tout misé sur les mots « synergie », « transversalité », « coordination »... Les textes législatifs, réglementaires et les personnes qui en parlent, dont vous et moi, n'ont parfois retenu que la lettre du message et ont mis partout nos mots en les vidant de leur esprit. L'idée à la base était qu'il fallait ausculter avec une grande simplicité et une grande sincérité une réalité terrible et profondément constitutive du politique, qui est d'échouer alors que l'on a totalement raison. Comment est-ce possible ? Pour en discuter avec mes camarades élus et les gens qui font de la politique, je peux dire que c'est une aporie terrible. Il y aura sans doute des secrets à percer dans le fait que notre forme n'est pas la bonne. Il s'agit aussi aujourd'hui de produire un discours sur ce que nous attendons de toutes ces coordinations et ces partenariats, de les décrire et d'en déceler les principes actifs. Ce n'est pas parce que l'on est assis à côté de quelqu'un que l'on a envie de lui parler.

La pire de toutes les mauvaises nouvelles, c'est que, au regard des considérations que je viens de développer, nous allons entrer dans une complexité encore plus grande que celle de « débitumer » et sans doute inédite, à savoir que le cœur de l'action politique favorable à la santé va résider dans le geste auquel nous ne sommes pas du tout habitués et qui est totalement étranger à notre principe de soumission face à notre plaisir : c'est-à-dire « ne pas faire ». Il ne s'agit pas d'inaction, mais de ne pas construire, de ne pas détruire, de ne pas acheter… Ce sera très compliqué à gérer, car nous devrons trouver d'autres sources de plaisir que nous n'avons pas encore identifiées. Le temps est venu de la déprise, de la retenue. Ce ne sera pas toujours agréable, comme le « débitumage » qui risque de faire marcher dans la boue, mais c'est probablement la voie de la raison. Il nous faudra abandonner les objets inutiles et les loisirs carbonés, il ne faudra pas manger et boire trop, pas d'élan, peu d'ivresse… Cela peut paraître annexe, mais, honnêtement, je me demande comment nous pourrons jouir. Cela risque d'être compliqué. Qu'est-ce qui pourra encore soulever les foules ?

Sur le plan individuel, il y a très peu d'exemples de retenues capables de satisfaire la pulsion : ne pas manger quand on est au régime apporte une euphorie passagère, l'ascèse… Pourtant, l'enjeu qui nous attend est la sobriété, la retenue, tout en trouvant plaisant de « ne pas faire ». Nous franchissons un cran supplémentaire dans la complexité. Il faudra que quelque chose d'autre augmente durant tout le temps où nous devrons nous astreindre « à ne pas », parce que nous sommes des êtes profondément économiques. Espérons que ce sera la joie de l'entraide et de la solidarité qui va croître ! Ce sera un vrai défi pour une société comme la nôtre, aussi dépendante des quantités et des satisfactions immédiates.

La dernière bonne nouvelle est que cette Journée n'est pas finie et que d'autres compagnons de route de longue date vont intervenir tout au long de l'après-midi et nous éclairer de leurs petites lanternes… peut-être pas sur la façon dont nous allons jouir, mais chacun est libre de ses propos. À notre modeste échelle, nous sommes en train de faire quelque chose de concret : dialoguer. Merci de votre attention.

table
ronde

QUELS SAVOIRS POUR QUELLES DÉCISIONS LOCALES ?

Discutant :

Pierre-André JUVEN,
sociologue, chargé de recherche au CNRS

Bonjour à toutes et tous. Nous allons réfléchir collectivement à ce que Marianne nous demande, à commencer par l'intitulé de cette table ronde.

En tant que sociologue, je travaille actuellement sur deux sujets peu présents ici : l'industrie pharmaceutique et l'hôpital. Vous comprendrez pourquoi mon introduction sera quelque peu décalée par rapport à ce qui va se dire, mais des questions et des réflexions peuvent y faire écho.

J'avais envie de prolonger la posture adoptée par Marianne, en remettant un peu de conflictualité et d'antagonisme dans toutes ces histoires de collaboration et de coproduction, ce que le titre initial de notre table ronde, « Quels savoirs pour quelles décisions locales ? », permet justement de faire. J'ai retenu deux idées dans ce titre. Tout d'abord, l'expertise. Un ensemble d'institutions publiques, politiques et administratives (ministères, agences, institutes de recherche) sont reconnues légitimes à produire du savoir et des connaissances. Nous constatons ces dernières années un phénomène qui a été brièvement mentionné ce matin, à savoir une crise de l'objectivité et de l'expertise entraînant un problème de confiance dans les savoirs produits.

Quand on parle ces derniers temps de crise de l'objectivité et de doute sur les connaissances scientifiques, on a de plus en plus tendance à penser à des citoyennes et citoyens sceptiques comme dans le cas de la controverse sur les vaccins. Il me paraît important de rappeler que les premiers grands « marchands de doute » sont aussi les grands acteurs institutionnalisés, organisés et constitués en groupes d'intérêts, qui ont tout intérêt à produire de l'ignorance. C'est très présent dans le cas de la santé publique, puisque le lobby du tabac est l'un de ces acteurs par excellence : il a produit du doute et cherché à créer de l'ignorance pour empêcher la régulation politique. Le doute sur les savoirs et les connaissances scientifiques ne se situe pas seulement au niveau des gens qui ne font pas confiance à ce que diraient les « gentils » savants.

Cette crise de l'objectivité fait paniquer beaucoup de monde, parce qu'elle a tendance à fragiliser les institutions publiques et les institutions légitimes. Si nous ne pouvons plus faire confiance aux savoirs qui sont à la base de l'action publique, comment légitimer cette dernière ? La sociologie des sciences et l'histoire des sciences montrent aussi que cette crise de l'objectivité, avec les doutes que nous pouvons avoir sur la légitimité et la valeur des connaissances scientifiques, a du bon d'une certaine façon. Nous en parlerons notamment avec le cas des associations de patients.

À un moment donné, il faut qu'il y ait des acteurs capables d'être entendus et de conduire des luttes à partir de savoirs alternatifs. Nous assistons à nouveau à une tentative de division entre la vraie vérité scientifique, solide, et tous les décodeurs dans la presse, les comités… l'objectif étant d'établir une séparation très forte entre la vérité scientifique et l'ignorance. Cette division est très problématique, parce qu'elle laisse en dehors une multitude d'acteurs qui pourraient produire des savoirs critiques et alternatifs. L'histoire de la santé a montré que ces savoirs s'avéraient assez pertinents.

Dans les années soixante-dix et quatre-vingt, la médecine a connu un tournant avec la « grande révolte des malades », ainsi nommée par l'historien Steven EPSTEIN, avec des mouvements aux États-Unis sur la question du Sida. Dans le cadre de la santé au sens plus large, il y a eu l'épidémiologie populaire qui est la capacité des habitants et des groupes d'acteurs à produire des savoirs pour contester l'implantation d'une usine ou d'une centrale nucléaire à proximité de leurs lieux de vie. C'est justement là que j'introduis la conflictualité, car des antagonismes et des intérêts contraires vont finir par apparaître dans la discussion entre les habitants, les élus et le Ministère.

Je prends un cas. Entre La Nouvelle-Orléans et Bâton Rouge, il y a une zone appelée « Cancer Alley » (l'Allée du cancer) en raison du taux de cancers qui y est le plus élevé des États-Unis. Une succession d'usines installées le long du Mississippi, notamment d'usines pétrolifères, ont produit une pollution considérable qui a entraîné un taux très élevé de maladies. Les habitants ont essayé de se mobiliser, mais les pouvoirs locaux et l'État de Louisiane ont empêché cette mobilisation et les entreprises ont tout fait pour masquer la pollution. Il a donc fallu que les habitants luttent pour produire un savoir sur le degré d'impact de cet environnement sur leur santé. Il existe aussi de nombreux cas similaires en France. Force est de constater qu'il y a de la conflictualité, des intérêts divergents et non pas seulement de la « coproduction ».

Dans la question du savoir profane et du lien entre les habitants, les citoyens et les entités légitimes à produire du savoir et conduire les politiques publiques, il y a la fameuse question de la participation qui a été brièvement évoquée ce matin. Sans porter de jugement de valeur, nous voyons un certain nombre de groupes d'acteurs contester aussi la participation qui leur est proposée, qui consiste à leur faire croire qu'ils participent sans leur permettre réellement de le faire. L'exemple du Grand Débat est assez emblématique, car nous avons assisté à l'organisation de contre-débats appelés « Vrais Débats ». Si les débats démocratiques portés par les citoyens sont cadrés par les institutions, si les questions sont posées par les institutions et si les décisions sont prises par celles-ci et loin du débat, ce dernier n'a alors aucun intérêt et la participation n'est que de façade. La question sur la participation dans le cadre de la démocratie en santé est de se demander comment éviter des effets cosmétiques.

Le deuxième point de mon intervention concerne la décision locale, sujet sur lequel j'avais aussi envie de remettre un peu d'antagonisme. Nous avons parlé ce matin de l'arrêté anti-pesticides pris par le maire d'une ville bretonne, décision qui a été suivie d'arrêtés similaires pris par d'autres villes. Le niveau local n'est donc pas seulement un partenaire et un lieu adéquat pour conduire les politiques publiques, car il peut aussi constituer pour les habitants ou certains collectifs un lieu de résistance et de lutte contre des actions ou la non-action d'entités supra-locales, départementales, régionales ou nationales, voire supranationales (européennes).

Au moment où nous parlons de la place des habitants et de celle du niveau local, nous observons ces dernières années, dans le monde et aussi un peu en France, un regain d'intérêt pour le municipalisme qui consiste pour les habitantes et habitants à se saisir, avant les élus, des questions des services publics (transport, encadrement, l'énergie) et à mettre un pied dans les institutions tout en en laissant un en dehors. Ils prennent le pouvoir d'une certaine façon et conduisent les politiques publiques. Cette idée assez vieille ré-émerge de plus en plus. Le niveau local n'est pas seulement un lieu de partenariats pour les pouvoirs publics au niveau national, il peut aussi constituer un lieu de résistance où sont pris notamment des arrêtés anti-pesticides. Voilà pour la conflictualité.

Nous allons maintenant passer à la table ronde à laquelle vont participer Zoé VAILLANT, maître de conférences en géographie de la santé Université Paris Nanterre, Françoise SCHAETZEL, conseillère municipale et métropolitaine de Strasbourg et présidente d'une association, Laurent CHAMBAUD, médecin de santé publique qui dirige l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP), François CRÉMIEUX, directeur général adjoint à l'Assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP), et Thomas SANNIÉ, président d'honneur de l'Association française des hémophiles (AFH). La parole est à Zoé.

Chercheurs-acteurs-décideurs : la démarche partenariale pour connaître et agir sur la santé au niveau local

Zoé VAILLANT,
maître de conférences en géographie de la santé Université Paris Nanterre, laboratoire Ladyss

Merci de m'avoir conviée à participer à cette Journée qui semble assez particulière pour l'ESPT. J'ai personnellement trouvé ce contrechamp très intéressant, et nullement déprimant. Il donne au contraire à réfléchir. Merci à tous d'être venus en nombre pour cette discussion.

Ma présentation sera plutôt un retour d'expérience sur la question du partenariat. Le terme de « territorialisation » a un grand nombre de significations. Admettons qu'il y a dans ce terme l'idée de prise en compte d'un contexte et d'adaptation des actions et des politiques à différents niveaux territoriaux pour essayer de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, puisque c'est dans la loi. Cet impératif de territorialisation suppose plus de coordination et de connexion entre des acteurs habituellement séparés et ne travaillant pas ensemble, acteurs qui appartiennent à des champs et des disciplines différents. Ce besoin de prendre en compte un contexte et de rentrer en contact avec l'autre suppose d'accéder à certaines connaissances pour connaître les contextes tant sur le plan des acteurs et des institutions que sur le plan urbain, social, environnemental…

Je vais vous présenter une expérience que nous menons depuis dix ans à l'université de Nanterre avec mes collègues en géographie de la santé et avec l'ESPT. Cette démarche partenariale est construite autour de la coproduction et du partage de connaissances en géographie de la santé, notamment sur la thématique du dépistage du cancer. Nous avons baptisé notre démarche « plate-forme Géodépistage d'Île-de-France ». Depuis 2010, les enseignants-chercheurs de l'université de Nanterre en géographie de la santé dont je fais partie ont commencé à approcher des structures de gestion dans le dépistage du cancer. Ces structures avaient besoin d'augmenter le taux de participation à leur dispositif de dépistage organisé et besoin de comprendre pourquoi ce dépistage organisé fonctionne dans certains endroits, mais pas partout. De notre côté, nous avions besoin de former des jeunes et besoin de données concrètes de terrain, de « jus vivant », ce qui nécessitait de sortir du cadre de la faculté. Nous nous sommes donc rapprochés de ces acteurs pour essayer de faire produire à nos étudiants des connaissances susceptibles de répondre aux besoins formulés par les acteurs et de faire converger des intérêts dans une approche, du côté des enseignants-chercheurs, de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

La constitution de cette plate-forme a été progressive avec les huit structures de gestion de dépistage de la région, détentrices des données sur le dépistage, avec l'Assurance maladie, qui cofinance le dispositif de dépistage, avec l'Agence régionale de santé, qui pilote la stratégie de réduction des cancers en Île-de-France et qui est elle-même une déclinaison du plan national de lutte contre le cancer, et avec l'ESPT qui représente les élus locaux et les services impliqués dans les déclinaisons de santé au niveau local.

Cette plate-forme s'appuie sur les diagnostics territoriaux de santé produits par les étudiants du master de géographie « Territoires, villes et santé », diagnostics produits annuellement sur des villes. Depuis 2010, nous en avons fait plus d'une soixantaine sur la thématique du dépistage du cancer du sein principalement, mais aussi du cancer du col de l'utérus et colorectal. L'approche de ces diagnostics est une approche de connaissance sociale en géographie, qui consiste à dresser un état des lieux des disparités intra-urbaines par quartiers, de manière très fine, disparité spatiale de l'accès au dépistage organisé du cancer du sein et à essayer de comprendre dans le contexte ces différences entre quartiers. Nous ancrons cette question de l'accès au dépistage dans la compréhension des dynamiques de territoire afin de savoir si la faible participation au dépistage en un lieu donné est due à des profils sociaux spécifiques, à un isolement physique lié à des difficultés de mobilité, à un déficit dans l'offre de soins de proximité, au manque d'acteurs locaux sur lesquels s'appuyer pour mener une démarche d'intervention…

En dix ans, nous avons observé une mutation des points de vue. Au début, les structures de gestion avaient une vision exclusivement technique : elles cherchaient à géocoder leurs données pour apporter une réponse technique au problème. Tout au long de ces dix années s'est constitué un espace commun avec des références communes sur une vision plus ancrée dans la géographie. C'est ainsi que les acteurs de la plate-forme, qui sont tous des médecins de santé publique, hormis l'Assurance maladie et l'ESPT, en sont arrivés à parler d'aménagement de la ville et se sont mis à considérer leur action de prévention dans la ville comme une composante du développement local. Cela a donné progressivement un sens à leur action tout en restant dans le métier propre à chacun. Il y a eu acculturation commune à travers une approche de diagnostics en géographie.

Ce décloisonnement s'est traduit, sur le plan concret, par des comportements nouveaux. Quand nous sommes allés présenter ensemble, chargés de prévention et structures de gestion, notre projet et nos travaux de diagnostics dans des colloques de chercheurs et au salon du CNRS, les médecins et les chargés de mission en santé publique de ces structures de gestion se sont mis à adopter un langage nouveau pour parler de ce qu'ils font en géographie, en diagnostics et en développement local. Cinq ans plus tôt, leur discours était axé sur la qualité et de la lecture des clichés de mammographies et sur la mobilisation des médecins.

Cette mutation s'est amplifiée avec la recherche de financement pour le fonctionnement de la plate-forme sur l'initiative non seulement des chercheurs, mais aussi de l'ARS. L'effort n'est pas venu uniquement des enseignants qui produisaient les diagnostics, car les partenaires se sont complètement impliqués au lieu de se contenter d'en être les récipiendaires.

Au bout de six à huit ans de production de diagnostics, nous avons obtenu des panoramas très diversifiés sur plus d'une cinquantaine de villes et nous avons fini par ne plus savoir quoi penser des résultats tellement tout était diversifié. Nous étions perdus sous la masse de cas particuliers. Les acteurs voulaient que les résultats produits leur permettent à la fois d'identifier des manières d'agir, des lieux où agir, des acteurs pour agir et de comprendre quels étaient les facteurs principaux qui freinaient le dépistage. Les acteurs se sont montrés proactifs : ils ont décidé de financer une mission menée par un sociologue pour capitaliser toutes ces connaissances et produire un outil d'aide à la décision.

J'ai parlé à l'instant de l'évolution des acteurs empiétant sur les plates-bandes des géographes et se mettant à parler géographie, mais qu'en est-il des enseignants-chercheurs ? En quoi le fait de travailler avec des acteurs de terrain a-t-il changé leur pratique ? Si, à l'époque, on m'avait proposé de passer plus de la moitié de mon temps à réfléchir à la façon de transposer des résultats de recherches purement académiques dans une plaquette d'aide à la décision très opérationnelle pour les acteurs, j'aurais refusé en arguant que cela ne relève pas de mon travail.

Cette pratique sur plusieurs années de confiance avec les acteurs nous a enrichis dans la compréhension du contexte et de leur vécu sur le terrain. Nous avons ainsi été amenés à produire des connaissances de manière totalement différente et nous sommes passés de la production d'articles en anglais dans des revues à la mise en forme d'une plaquette devant servir de guide à l'action. Nous avons dû accepter le fait que cela a nourri nos recherches. La traduction pour l'action des résultats de nos recherches a permis le décloisonnement entre recherche pure et traduction des résultats pour l'action, nous faisant comprendre que cette traduction n'est pas une perte de temps pour un chercheur.

Cette évolution ne s'est pas faite aussi facilement que ce que mes propos pourraient laisser penser, car le fait d'être bousculés dans l'identité de nos métiers crée des conflits internes. Ce changement réel est très progressif, mais ne se fait pas sans effort presque « militant ». S'impliquer dans cette démarche demande beaucoup de coordination interne à la plate-forme, mais cette coordination n'est pas financée en termes de temps travail. Cet effort se fait au début par croyance dans le projet, par conviction et envie de faire. Il est soutenu par l'énergie de la jeunesse, car notre démarche est plutôt portée par de jeunes chercheurs et non par des chercheurs en fin de carrière. La question de la reconnaissance dans le métier et de la fatigue se pose aussi. Même si tout le monde, enseignants-chercheurs et acteurs, s'est mis à chercher des financements (trois en tout : 50 000 €, 30 000 € et 10 000 €), cette plate-forme ne peut pas vivre sans pilotage. Ce leadership est porté par les enseignants-chercheurs en termes d'animation, dans la mesure où ce sont eux qui produisent les diagnostics avec les étudiants. Si ce leadership n'est pas financé et ne repose que sur la bonne volonté, le dispositif reste faible et n'est pas institué. Cela pose la question de savoir à quel moment la conflictualité au niveau plus général de la société va faire évoluer les choses pour qu'apparaissent de nouveaux métiers qui seront financés. C'est comme avec la loi : il y a des intentions, mais un manque de moyens pour construire cette transversalité.

Je n'ai pas le temps de développer ici ce que ce décloisonnement et le fait de coproduire localement les recherches avec les gens de la ville génèrent sur le terrain, dans les villes, en matière de décision et de pilotage des services de santé notamment.

Pierre-André JUVEN,
sociologue, chargé de recherche au CNRS

Merci. Nous y reviendrons certainement dans les questions et discussions à venir. La parole est à Françoise SCHAETZEL.

Que veut dire «territorialiser les politiques de santé» ? Une expression, des interprétations !

Françoise SCHAETZEL,
conseillère municipale de la ville de Strasbourg

Merci de m'avoir invitée à participer à cette table-ronde. Puisque l'heure est aux controverses et à la conflictualité, je ne parlerai ni de santé ni de ville. Mon intervention portera sur les métropoles et l'urbanisme. Vu mon nom, SCHAETZEL, vous aurez compris que je suis strasbourgeoise. Je suis conseillère municipale et surtout métropolitaine, car j'ai fait partie de l'exécutif de la métropole de Strasbourg. Je suis également présidente d'« Alliance des collectivités pour la qualité de l'air », une jeune association (1 an) composée d'élus qui s'engagent sur la question de la qualité de l'air.

Je vais vous raconter une histoire qui se déroule sur quatre périodes. La première se passe à Strasbourg, non par chauvinisme outrancier mais parce que ce cas me semble assez emblématique. En 2012, il fallait construire une école dans un lotissement proche d'une avenue à circulation intense. Une expertise-recherche sur la qualité de l'air menée par l'AASQA nous a montré que nous pouvions protéger les enfants et les enseignants de la pollution de l'air en agissant sur la forme architecturale du lotissement et de l'école. La solution était de construire au moins quatre étages du côté de la voie à grande circulation pour faire barrage à la pollution. Nous avons intégré cette contrainte au cahier des charges en direction des architectes, acteurs privés. Sur tous les dossiers présentés au concours d'architecture, un seul architecte a pris en compte cette contrainte ; c'est celui que nous avons choisi. La raison de ce dossier unique est liée à la formation des personnes qui construisent la ville (BTP, architectes, urbanistes, aménageurs…). Le contexte de cette première partie est donc micro-local.

La deuxième partie de mon histoire se passe aussi à Strasbourg. Nous avons voulu transposer ce que nous avions fait pour le lotissement sur un gros pôle d'aménagement urbain destiné à abriter 20 000 personnes dans les vingt ans qui viennent. Après expertise et modélisation, des critères de qualité de l'air ont également été introduits au niveau, cette fois, de l'aménageur. Parmi les critères figuraient notamment le choix du site d'implantation de trois écoles, de façon à ce qu'elles ne soient pas en situation de pollution atmosphérique, et la construction de logements à une certaine distance de la route avec, entre autres contraintes, les balcons ne donnant pas sur celle-ci. Les dossiers présentés par un gros promoteur comme Eiffage ne sont pas retenus s'ils ne prennent pas en compte ces critères qui sont plus ou moins imposés, même s'ils ne sont pas de l'ordre de l'opposable.

Édifier des bâtiments faisant barrage à la pollution de l'air, c'est bien, mais il y a contradiction avec les rues canyons et les îlots de chaleur. Dans quelques années, la température à Strasbourg atteindra les 50 °C. Nous avons décidé d'élargir la question de la pollution de l'air, qui est la deuxième ou troisième cause de mortalité en France, aux questions de santé. Sur ce pôle d'aménagement, nous avons fait une évaluation d'impact sur la santé (EIS) – j'en profite pour remercier l'école de Rennes. Je précise que la décision de la faire doit passer en délibération au Conseil municipal. Cette question a fait l'objet d'une heure de débat en conseil municipal comme en conseil métropolitain. La conclusion de cette très longue délibération a abouti, pour chaque conseil, à « urbanisme favorable à la santé ». L'EIS donne une quarantaine de recommandations que nous sommes en train de mettre en œuvre et donne aussi à voir tous les problèmes potentiels (sol, air, bruit, cohésion sociale…). Tout cela a donné lieu à des manifestations des résidents actuels et peut-être futurs. Cela montre que la population s'empare de toutes ces questions et manifeste son envie d'aller plus loin. Il y a eu ensuite une enquête au niveau de l'information de l'évaluation.

La troisième période se situe au niveau de l'Alliance des collectivités pour la qualité de l'air, où nous discutons de l'air et de l'urbanisme dans les métropoles. Dans le cadre de la réforme territoriale, la politique en matière d'urbanisme est aux mains des métropoles et des intercommunalités. La Ville a aussi un rôle à jouer dans la mesure où c'est elle qui signe les permis de construire. Les métropoles de Grenoble, Bordeaux, Lille et Strasbourg ont décidé de réfléchir, dans le cadre de l'Alliance, à la qualité de l'air et à la politique d'urbanisme dans les métropoles. Selon la mobilité des acteurs, il y a eu un certain nombre d'initiatives : des séminaires co-organisés entre collectivités, écoles d'architectes et agences d'urbanisme sur la qualité de l'air, la santé et l'urbanisme. À la métropole de Strasbourg, par exemple, des chartes ont été signées par une centaine d'acteurs privés et publics (aménageurs et architectes) qui s'engagent à prendre en compte la qualité de l'air lorsqu'ils construisent la ville. L'expérience la plus aboutie en la matière est celle de la métropole de Grenoble qui, dans le cadre de sa politique d'urbanisme, a appliqué la loi d'orientation d'aménagement et de programmation. Il s'agit en fait d'une directive très claire qui, même si c'est plus dans les préconisations que dans l'opposabilité, s'impose à tous les acteurs de l'urbanisme selon le niveau de pollution de l'air grâce à des cartes stratégiques de pollution issues de l'expertise et qui permettent de classer les zones (rouge, orange ou vert) selon le niveau de pollution.

La quatrième phase est encore au niveau de l'Alliance. En partant de la qualité de l'air, nous en arrivons à l'exposition des populations, à la santé et aux autres facteurs impactant la santé. Nous voyons de plus en plus passer dans les politiques d'urbanisme (PLUI), y compris à l'Alliance et

à la métropole de Lille, des orientations en matière de santé et d'environnement. Des engagements ont lieu et des préconisations fortes sont faites pour inciter les acteurs privés et publics à prendre en compte les critères de santé et d'environnement dans leur façon de construire la ville.

Pourquoi est-ce que cela marche ? Il y a tout d'abord une pression de la part à la fois de la population (conflits, manifestations, pétitions...) et des élus, qui pensent à leur réélection. La mobilisation monte. Le facteur d'attractivité joue aussi un grand rôle. Actuellement, les personnes désirant s'installer dans une ville se renseignent en premier auprès du centre d'expertise sur le taux de pollution de l'air (Atmo Grand Est concernant Strasbourg). Il y a donc un enjeu économique, car les logements situés en zone polluée ne seront pas vendables.

Nous n'avons pas encore trouvé l'articulation entre toutes nos actions dans le cadre de la pollution et la question importante des inégalités sociales et environnementales de santé, articulation qui nous permettrait de nous attaquer à cette problématique. Y a-t-il un consensus des familles politiques sur ce sujet ? Les outils et méthodes sont à peu près neutres, contrairement à la façon de s'en emparer. L'approche et le périmètre d'action diffèrent selon les appartenances politiques. Personnellement, je fais partie du groupe Écolo à la Ville et à la Métropole. Je faisais partie du bureau exécutif où j'étais chargée de la qualité de l'air et de la santé environnementale. Notre Groupe a rendu son tablier à cause du projet, déjà bien avancé, d'une nouvelle autoroute, projet baptisé « le grand contournement ouest », qui nous semblait en totale incohérence avec les questions de climat, d'air et de pollution atmosphérique.

Il faut mobiliser la population et les élus ainsi que les acteurs publics et privés de l'urbanisme. J'ai été très étonnée de voir à quel point les acteurs privés sont prêts à s'engager. Je ne vous parle pas de ma petite expérience pour en faire une généralité. Seule une approche conceptuelle de la santé passe auprès des élus, car la santé est un vrai souci pour les populations. Le cadre et la qualité de vie sont en revanche des sujets beaucoup plus parlants. Que ce soit dans l'esprit des élus comme dans celui des citoyens, la santé fait immédiatement penser aux professionnels de santé et aux soins. Merci de votre attention.

Pierre-André JUVEN,
sociologue, chargé de recherche au CNRS

Merci de votre intervention. La parole est à Laurent CHAMBAUD.

La place de la Ville dans l'organisation de l'offre de soins et de santé

Laurent CHAMBAUD,
médecin de santé publique
et directeur de l'École des hautes études en santé publique (EHESP)

Bonjour à toutes et tous. Je tiens tout d'abord à remercier ESPT de m'avoir invité aujourd'hui. Cela fait déjà un certain temps que Laurent et moi cheminons ensemble au fil des réunions. Merci à Marianne AUFFRET de son cadrage qui montre que, si chacun cherche son champ, le contrechamp est très difficile et surtout l'interchamp.

Je vais essayer de répondre au titre qui a été donné à mon intervention, même s'il me paraît un peu réducteur. Je n'ai pas envie de rester dans le champ du soin. Bien longtemps avant que ce soit conforté par la loi de 2004, tout ce qui tourne autour du soin, et donc autour de la santé pour la plupart des gens, est une compétence régalienne de l'État. Cela brouille les cartes sur ce que peuvent faire les acteurs locaux en matière de santé. Pour rappel, la loi de 2004 a été adoptée un an après la canicule de 2003 – j'étais à l'époque président de la Société française de santé publique – qui a été suivie d'interpellations très fortes du gouvernement et du Ministre de la Santé qui était alors monsieur MATTEI. Tout cela a renforcé l'idée que le soin était de la compétence de l'État. Même si celle-ci est importante, cela a affaibli les capacités de travail au niveau local avec ce qu'auraient pu être des compétences locales, et donc du rôle des élus locaux.

Dans le contexte actuel, il est compliqué pour les élus locaux de s'impliquer dans le champ de la santé. Ils sont tiraillés entre, d'un côté, l'approche transversale sur le bien-être, la promotion de la santé et la santé dans toutes les politiques et, d'un autre côté, leur capacité à intervenir par rapport à une organisation de services qui peuvent être à la fois curatifs et préventifs. Je vois trois éléments susceptibles de contribuer au véritable réinvestissement sur les enjeux actuels de la santé.

Le premier est la capacité des collectivités territoriales à interroger la santé par le système de soins. Les experts, les universitaires et les personnes pouvant venir en appui doivent permettre aux élus locaux de répondre, en lien avec les Agences régionales de santé et les autorités sanitaires, aux demandes très précises et pressantes des personnes dans des contextes ou des systèmes de soins qui sont actuellement en forte tension et interrogation. Nous ne pouvons pas ne pas être interpellés par

les déserts médicaux, la crise des Urgences, les crises successives dans les EHPAD… Tout cela interpelle les citoyens et, me semble-t-il aussi, les collectivités territoriales. À partir de là, il est possible de travailler des éléments beaucoup plus larges dans la mesure où ces points interviennent dans un contexte qui est à prendre en compte, y compris pour résoudre les problématiques de soins.

Au Québec, la santé publique s'est fortement développée depuis de nombreuses années à la suite d'une inflexion très forte donnée par le Ministre de la Santé du gouvernement précédent. Il a effectué, en une seule journée, de grandes coupures dans tous les services de santé publique de la province de Québec. Le Ministre de la Santé a justifié sa décision par l'incapacité de la Santé publique à résoudre les graves problèmes du système de soins (crise des Urgences, listes d'attente au niveau des médecins de famille). Il est vrai que la Santé publique au Québec a refusé, pendant très longtemps, de s'intéresser au système de soins. Je suis convaincu que la santé publique est un tout : la promotion de la santé, les déterminants de la santé et l'organisation du système de soins. À l'École des hautes études en santé publique (EHESP), nous faisons des propositions pour que les choses s'améliorent.

En revanche, il y a un sujet sur lequel la santé publique ne peut pas ne pas entrer en dialogue avec les élus, en particulier locaux : la question des inégalités de santé. C'est à mon sens un sujet extrêmement fort sur lequel nous pouvons avoir des approches très concrètes. Le Haut Comité a beaucoup travaillé sur cette question. Nous devons arriver à travailler de manière très opérationnelle dans la mesure où nous disposons maintenant d'éléments de connaissance qui vont nous permettre d'avancer non seulement sur la connaissance du sujet, mais aussi sur la connaissance des interventions susceptibles de nous apporter des éléments positifs. Je suis convaincu de la nécessité pour les élus locaux de travailler de manière extrêmement étroite avec les professionnels et les experts sur le sujet. Cela peut se faire par le développement de la recherche interventionnelle, mais il existe d'autres modalités beaucoup moins lourdes.

Le troisième point très important est qu'il faut se saisir des enjeux de société actuels qui se manifestent au niveau local de manière très forte. Sur l'enjeu du vieillissement, comment mettre en place des politiques qui tiennent compte de la place des aînés dans la cité et qui interviennent sur les modalités de prise en charge des personnes dépendantes ? Ce sont des choses concrètes sur lesquelles nous avons besoin d'avancer. Le climat est aussi un enjeu. Françoise a parlé des aspects environnementaux. Je suis persuadé que l'environnement est une entrée majeure et concrète pour les élus et qui peut les amener à travailler sur des problématiques de santé publique et de promotion de la santé. Il existe bien d'autres enjeux de société comme celui de la migration, que ce soit à Calais, Paris, Rennes ou ailleurs. Les aspects de la santé peuvent aussi être interpellés sur cet enjeu.

J'aimerais aussi attirer votre attention sur les mots-valises, qui sont des termes qui ne parlent pas. L'expression « déterminants de la santé », par exemple, ne parle pas aux élus ni aux personnes avec qui nous travaillons. Nous devons trouver des modes beaucoup plus concrets pour parler de ce que les déterminants de la santé signifient. Le mot « territoire » fait partie du jargon administratif. Même chose pour le mot « coordination » : tout le monde veut en faire, mais personne ne sait vraiment ce que cela représente. Comment faire en sorte que ce mot « coordination » devienne concret ?

Je reste malgré tout très optimiste, comme Laurent, parce que les connaissances et les méthodes évoluent dans le domaine de la santé. Les évaluations d'impact sur la santé n'existaient pas auparavant, de même que la recherche interventionnelle. Il y avait la recherche-action, mais les méthodes ont évolué. Nos difficultés, ce qui a été montré tout à l'heure, résident dans le transfert de connaissances. Nous devons aussi créer, à partir du transfert de connaissances, des zones de discussion, de dialogue, voire de controverse.

Il y a une multitude d'exemples de non-dialogue. Pour ma part, je préfère citer un exemple où il y a eu du dialogue. À l'époque où l'Agence nationale de santé publique s'appelait encore l'Institut national de veille sanitaire, il y a eu à Paris une controverse importante à propos d'une école située sur l'ancien site Kodak. Tout un travail de discussion a été mené avec les populations et les représentants des familles ayant des enfants scolarisés dans cette école. Ce travail n'a pas permis de dégager du consensus, certes, car c'est très compliqué sur des sujets aussi sensibles, mais il a essayé de faire en sorte de mettre à la portée de tous la part des connaissances. J'ai connu le temps où le mot d'ordre des préfectures était de ne parler de rien. Elles ne parlent peut-être pas encore de tout, mais elles parlent beaucoup plus qu'auparavant.

Quant à la notion de plaisir, je suis persuadé qu'il est possible de parler de santé publique avec le principe de plaisir. Ce n'est pas encore évident au vu des affiches en matière de santé publique, mais je crois que c'est en train de changer. Les cours de récréation avec un peu de boue peuvent aussi être source du plaisir. Notre campus est désormais sans tabac avec la mise en place de règles restrictives, mais nous essayons de faire en sorte

que les gens y adhèrent et qu'ils y prennent aussi du plaisir, y compris celui de montrer ce que cela veut dire. Je ne veux pas opposer santé publique et pouvoir.

Je suis moi aussi désolé qu'il y ait si peu de personnes aujourd'hui, mais les prochaines échéances électorales offriront l'opportunité, grâce à l'arrivée de nouvelles personnes dans les différents collectifs, de changer les modalités de travail et de trouver d'autres moyens de sensibiliser les élus locaux aux sujets de la santé. Je suis persuadé que c'est possible. En tout cas, l'EHESP est prête à le faire.

Pierre-André JUVEN,
sociologue, chargé de recherche au CNRS

Merci. Je donne la parole à François CRÉMIEUX.

Les rapports entre les collectivités locales et les Institutions : quelles opportunités et quelle légitimité pour les élus locaux à agir en santé ?

François CRÉMIEUX,
DGA à l'AP-HP

Bonjour à toutes et tous. Cela fait une quinzaine d'années que j'ai le grand plaisir d'être invité de temps à autre par ESPT. J'ai gardé un excellent souvenir d'un moment fort de politique vécu lors d'une Université d'été de Santé publique à Besançon. Je suis très fier de faire partie des directeurs d'hôpitaux auxquels vous pensez quand vous estimez important d'avoir une réflexion sur leurs relations avec les élus. Dans ce compagnonnage avec ESPT, avec son président et sa vice-présidente, même dans des contextes différents, j'avais vu moins de contradictions et de champs-contrechamps que ceux que Marianne a rappelés. J'ai surtout eu l'occasion de découvrir deux caractères assurément très différents, ce qui apporte du sel et des discussions.

Nous ne savons pas très bien ce que sera l'avenir du combat que vous avez mené depuis maintenant quelques années. En essayant de répondre à la question sur la légitimité des élus locaux à agir en santé, je vais tenter de vous convaincre que, quelle que soit la forme de ce combat, il se poursuivra. Je ne sais pas si vous le continuerez, mais je suis persuadé qu'il se poursuivra.

Ne voyez pas d'arrogance ni d'égocentrisme dans ma manière de présenter les choses. Il y a de toute façon prescription sur un certain nombre de sujets que je vais vous exposer. Ma carrière de directeur d'hôpital a commencé au Centre Hospitalier de Clermont-de-l'Oise, où j'ai consacré mes deux premières années à manifester au côté des élus pour défendre une maternité qui pratiquait 295 accouchements dans ce centre hospitalier dont j'étais le directeur adjoint. Je me rends compte aujourd'hui que ce n'était pas de mon rôle de manifester, même si j'avais à l'époque la conviction que je devais le faire auprès des élus pour défendre une maternité et les Urgences. Il y avait un consensus de l'ensemble des élus du secteur, qu'ils soient en responsabilité (de gauche) ou de l'opposition (de droite), élus qui étaient largement suivis par la population et les salariés de l'hôpital. J'ai donc manifesté avec eux à la fois par conviction et par certitude de ne pas me tromper dès lors que la défense de cette maternité faisait à ce point consensus. Soutenir le fonctionnement de cette materni-

té a eu deux conséquences : maintenir une structure de moindres sécurité et qualité par rapport à ce que nous aurions pu faire à l'époque, et contribuer de manière assez active à faire prendre quinze ans de retard à un territoire qui continue encore aujourd'hui à se dépêtrer dans des histoires hospitalières compliquées. Dans le sud de l'Oise (Creil, Clermont, Senlis, Beauvais), l'organisation des soins et leur accès sont compliqués pour des raisons autres que celles que je viens d'exposer et parce que nous n'avons pas été capables à l'époque, avec les élus et la population, d'anticiper sur ce qu'aurait pu être, dès les années 2000, une réorganisation du paysage hospitalier. Première histoire et premier échec.

Quelques années plus tard, j'ai rencontré Laurent EL GHOZI quand je suis devenu directeur adjoint à l'hôpital Louis-Mourier à Colombes. Laurent était à l'époque chef de service des urgences et président de la CME de l'hôpital de Nanterre. Armés de nos convictions, Laurent et moi avons bataillé activement à l'époque, chacun de son côté et avec ses propres moyens, au rapprochement des deux hôpitaux pour faire en sorte que les populations de Nanterre et de Colombes bénéficient d'un seul et bel établissement de santé plutôt que de deux hôpitaux rivaux qui ont passé quinze années à se mettre en concurrence en matière de personnel, de machines, d'IRM, de chirurgiens… La question a été réglée quinze ans plus tard de la pire des manières : dans la souffrance de tous ceux qui, depuis quinze ans, ont été pris à partie par l'une des deux villes. Laurent, moi, les élus (de droite et de gauche), les directeurs d'hôpitaux concernés (en concurrence eux aussi), les salariés de chaque hôpital, l'Agence régionale de santé… nous avons tous échoué et cet échec auquel j'ai participé a fait perdre une quinzaine d'années dans l'organisation d'un territoire. Deuxième histoire et deuxième échec.

J'ai aussi travaillé auprès de Claude ÉVIN comme directeur des établissements de santé en Île-de-France. Claude et moi avons bataillé pour tenter de convaincre un certain nombre d'élus, et donc de territoires au sens générique du terme, de la pertinence de ne pas faire : ne pas construire, ne pas développer, ne pas faire de nouveaux blocs opératoires ou maternités ici ou là. Nous avons au contraire essayé de convaincre les élus de la nécessité pour les territoires de coopérer. Or ces territoires étaient d'autant plus en désaccord qu'ils étaient proches. Il n'y a pas pire ennemi que son voisin. La situation était donc vraiment compliquée. Grâce à la stature de Claude ÉVIN, nous avons, dans un certain nombre de cas, réussi à « ne pas faire ». Cela s'est malheureusement toujours passé dans la conflictualité et la souffrance des habitants de ces territoires. Nous n'avons jamais réussi à nous mettre autour de la table et à convaincre les uns et les autres de ce que Marianne décrivait comme un possible intérêt collectif. Au moins, nous avons réussi à gérer des intérêts conflictuels et contradictoires et à faire en sorte de les influencer pour aller vers ce que nous pensions juste. Ni Claude ni moi n'étions à cette époque élus par quiconque, mais nommés. Troisième histoire, demi-échec.

De 2008 à 2010 (avant l'épisode précédent), j'ai été directeur de l'Hôtel-Dieu de Paris. Les relations entre les élus de la Ville de Paris, l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris et ses directeurs généraux successifs, les médecins, les syndicalistes (CGT et FO à l'Hôtel-Dieu) et l'ensemble de la représentation médicale ont contribué à faire perdre une bonne quinzaine d'années pour passer de ce qu'était l'Hôtel-Dieu dans les années 2000 à ce qu'il était, selon moi, raisonnable qu'il devienne. Point de vue extrêmement discutable, j'en conviens. Avec Laurent CHAMBAUD, nous avons passé beaucoup de temps à écrire en décembre 2015 la loi Santé (promulguée en 2016). Cette loi était très orientée santé publique avec des sujets comme le paquet de cigarettes neutre, l'accès à la vaccination… Je pourrais presque parler de succès vu la manière dont nous avons accompagné cette loi avec des heures de discussion avec les élus au niveau national, avec les parlementaires, avec les maires de grandes et petites villes, avec les associations… Si le bilan doit être jugé à l'aune des urnes, alors ce fut une catastrophe absolue. Nous y avons contribué l'un et l'autre au cabinet ministériel de Marisol TOURAINE, dans un gouvernement dont le bilan a été tranché quelques semaines plus tard par les urnes. La santé n'a probablement pas été l'élément principal, mais elle a dû y contribuer avec d'autres.

En 2014, j'ai pris la responsabilité de directeur des Hôpitaux de Paris au sein de l'Assistance publique. C'est à ce titre que j'ai rencontré Jean-Louis MARSAC, maire de Villiers-le-Bel, pour lui faire part de ma conviction de la nécessité de fermer l'hôpital Charles-Richet de Villiers-le-Bel, rebaptisé depuis « Adélaïde-Hautval ». Cet hôpital gériatrique, conçu dans les années cinquante et ouvert en 1967, était devenu, de mon point de vue, totalement inadapté à la gériatrie moderne. L'accueil de Jean-Louis MARSAC fut assez frais étant donné qu'il venait d'apprendre que le commissariat, l'antenne de la justice et la Mission locale allaient fermer pour être implantés ailleurs : le commissariat sur Gonesse et l'antenne de justice sur Sarcelles. Mon annonce de la fermeture de l'hôpital de Villiers-le-Bel, qui est l'une des villes les plus pauvres, endettées et confrontées aux questions d'islamisme et à la radicalisation, tombait plutôt mal. Jean-Louis MARSAC est probablement l'un des rares élus avec lesquels nous avons réussi à nous mettre d'accord sur la manière d'avancer sur le sujet d'une fermeture progressive de l'hôpital et l'organisation d'une reconversion massive pour réintroduire une offre de

soins à la fois médico-sociale et sanitaire de la gériatrie. Nous avons donc réussi à convertir cette fermeture en projet positif.

Voilà d'une certaine façon ma réponse à la question de la légitimité pour les élus locaux à intervenir dans le domaine de la santé. Non seulement les élus sont légitimes à le faire, mais j'estime que c'est de leur responsabilité et de leur devoir d'intervenir sur l'ensemble des enjeux de la vie quotidienne. La question ne se pose pas plus pour la santé que pour l'éducation, la police, la justice… La question n'est donc pas de leur légitimité, mais de savoir comment arriver à construire un débat avec les élus, d'une part, et les Institutions, d'autre part, et à assurer le pilotage de projets permettant d'aller, de manière constructive, vers un avenir, quel qu'il soit.

Merci à Marianne de son propos, que je n'ai pas perçu comme étant pessimiste ou optimiste. Peu importe d'ailleurs qu'il soit l'un ou l'autre. En revanche, il reflète le point de vue d'une élue confrontée à ces enjeux et problématiques. Nous sommes, les uns et les autres, confrontés à ce réel. Il n'y a pas d'optimisme ou de pessimisme à avoir, mais seulement la nécessité de trouver les voies et probablement les moyens pour réussir à le faire. Merci.

Pierre-André JUVEN,
sociologue, chargé de recherche au CNRS

Merci beaucoup. La parole est à Thomas SANNIÉ pour la dernière intervention de cette table ronde avant de passer aux échanges.

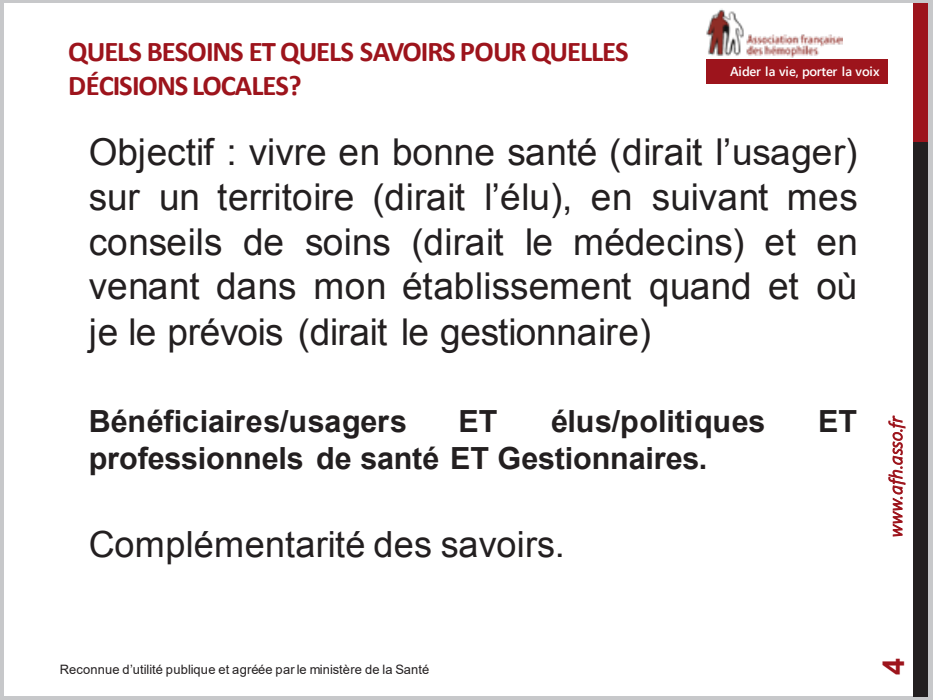
La démocratie en santé : des élus et des citoyens alibis ?

Thomas SANNIÉ,
président de l'Association française des hémophiles (AFH)

Ma présentation sera courte. Les éléments que je vais vous présenter serviront au débat qui suivra. Je crois que ce n'est pas vraiment mon rôle de savoir ce que les élus devraient faire ou non. En revanche, le débat est de déterminer en contrepoint ce que les uns et les autres vont pouvoir faire.

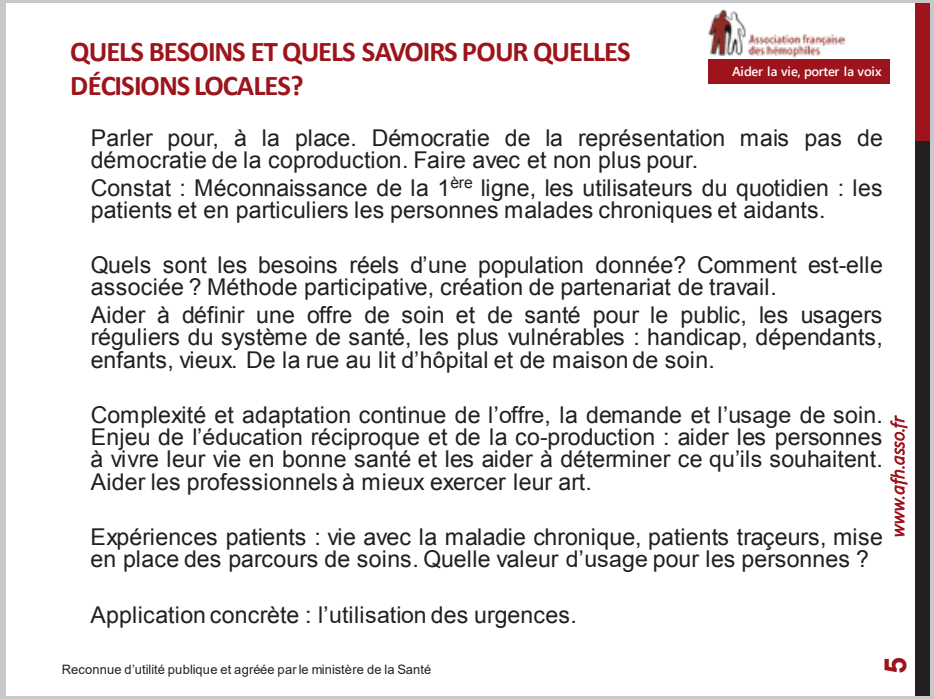
Sept mots-clés me viennent spontanément sur le sujet de la décision en santé sur un territoire donné. En premier, je citerai les bénéficiaires, les usagers et les habitants, c'est-à-dire ceux qui ne sont pas toujours en première ligne même s'ils sont ceux pour qui, en principe, nous pensons ce sujet. Il y a aussi les professionnels de santé, quels qu'ils soient (soin, accompagnement...). Mon troisième est « le territoire » en tant qu'espace de vie, c'est-à-dire le lieu de vie, de travail, des courses, de scolarisation des enfants, de loisirs... Toutes ces actions dessinent un territoire d'action des personnes. Même s'il y a différentes acceptions de ce terme, il y a cette idée que l'on sait où l'on va sur un territoire, que ce soit à pied, en voiture ou à cheval. Les deux suivants sont les acteurs politiques (les élus) et les gestionnaires, pour reprendre un mot québécois, qui sont confrontés à l'enjeu administratif d'organisation des soins sur le territoire. L'exposé brillant de François CRÉMIEUX a très bien montré que ceux-là aussi réfléchissent aux interactions entre les uns et les autres. La recherche, sixième mot-clé, est absolument indispensable et constitue, à mon avis, un vrai sujet de travail. Dans les espaces de rencontre entre chercheurs et élus comme celui créé ici, ce point n'est jamais suffisamment abordé pour en nourrir les élus locaux, les acteurs associatifs et les professionnels de santé. Mon dernier mot est « le pouvoir », qu'il soit partagé ou non.

À partir de là m'est venue l'idée d'un équilibre parfait, ce qui me fait aussitôt penser aux pyramides égyptiennes. L'enjeu que nous devons construire tous ensemble, entre ces quatre acteurs (bénéficiaires, usagers, professionnels de santé, gestionnaires), c'est « quels savoirs pour quel type de décisions » ? Dès que l'on ajoute le politique, cela ne fonctionne plus. Du fait des sept acteurs, il y a vocation à former le triangle parfait pour un équilibre parfait. Toute la question est de définir la place et la grandeur de chacun ainsi que les interactions entre les uns et les autres. Si le pouvoir est surdimensionné, nous aboutissons à la forme parfaite du triangle. Si la place des bénéficiaires et des usagers est toute petite par rapport aux autres, nous perdons cette dimension. Chaque élément possédant des caractéristiques différentes, les apports de chacun sont différents. La confrontation de tous ces savoirs est totalement complémentaire.



L'objectif de l'usager est de vivre en bonne santé sur un territoire, en suivant les conseils du médecin et en venant dans l'établissement de soins. Quand et où, s'il n'y a pas de gestionnaires ? C'est tout le problème des enjeux des Urgences. Parmi les facteurs de la crise actuelle des Urgences, il y a la manière dont le travail est pensé et la compréhension du système de santé local auprès des populations. Paris a une enseigne connue de tous, qui est l'Assistance pUblique avec le « U » des Urgences. C'est forcément attractif, car il y a l'idée d'excellence au niveau des soins. Comment jouer de cette distorsion ?

Il y a ce partage des travaux entre bénéficiaires, usagers, élus politiques, professionnels de santé et gestionnaires, sachant que chacun a ses propres expertises, des points de vue différents, ses propres habitudes de travail et des temps de travail variables consacrés à ce sujet. Pourtant, il est absolu-



Association française des hémophiles

Aider la vie, porter la voix

QUELS BESOINS ET QUELS SAVOIRS POUR QUELLES DÉCISIONS LOCALES?

Parler pour, à la place. Démocratie de la représentation mais pas de démocratie de la coproduction. Faire avec et non plus pour.
Constat : Méconnaissance de la 1ère ligne, les utilisateurs du quotidien : les patients et en particuliers les personnes malades chroniques et aidants.

Quels sont les besoins réels d'une population donnée? Comment est-elle associée ? Méthode participative, création de partenariat de travail.
Aider à définir une offre de soin et de santé pour le public, les usagers réguliers du système de santé, les plus vulnérables : handicap, dépendants, enfants, vieux. De la rue au lit d'hôpital et de maison de soin.

Complexité et adaptation continue de l'offre, la demande et l'usage de soin. Enjeu de l'éducation réciproque et de la co-production : aider les personnes à vivre leur vie en bonne santé et les aider à déterminer ce qu'ils souhaitent. Aider les professionnels à mieux exercer leur art.

Expériences patients : vie avec la maladie chronique, patients traçeurs, mise en place des parcours de soins. Quelle valeur d'usage pour les personnes ?

Application concrète : l'utilisation des urgences.

www.afh.asso.fr

Reconnue d'utilité publique et agréée par le ministère de la Santé

5

ment nécessaire de les faire travailler ensemble. La capacité à intégrer la recherche et à partager le pouvoir est problématique. Voilà pourquoi je ne parle pas de concurrence des savoirs, mais de complémentarité. L'une des difficultés réside dans la capacité de nos professionnels de santé et de ses gestionnaires à expliquer à la population les organisations du système de santé et la manière de les utiliser.

La loi a été formidable ! Celle de 2002, qui porte notamment sur la reconnaissance des droits des malades, a organisé d'une certaine manière la représentation des malades au sein des établissements de santé. Ce qui, à mon avis, est un progrès formidable. En revanche, elle n'a pas organisé la coproduction. On continue de faire pour les personnes et non pas avec elles, sous prétexte qu'elles ne sont pas suffisamment expertes. Toutes les expériences que j'ai menées dans le domaine de l'éducation thérapeutique comme dans celui de la coproduction des usagers du système de santé montrent que les gens ont une intelligence collective ; je suis persuadé que les élus le savent. Il faut aider les cadres et les gens à l'exprimer. Les patients sont les premiers utilisateurs du système de santé. Combien de fois l'ai-je répété à François et aux autres membres de l'Assistance publique ! Personne ne recueille l'expérience de ces utilisateurs quotidiens du système de santé, personne ne travaille avec eux sur ce sujet.

L'enjeu est aussi de savoir quels sont les besoins réels des populations. Je crois que nous nous sommes connus à l'Agence régionale de santé. Je me souviens de vos batailles sur les établissements de santé et sur la question de l'identification des besoins réels d'une population. Comment l'y associer et avec quelles méthodes de travail ? Quand sont réunis des gens de trente ou quarante ans d'expérience dans le domaine de la santé, nous assistons à une succession de temps de parole non « coproductifs » dans la mesure où les intervenants ne sortent jamais de leur position d'élus, de représentants syndicaux... sous prétexte que l'intelligence serait en silo alors qu'elle est en fait collaborative. Il faut changer les méthodes de travail en commun. Je sais que cela commence à se mettre en place, mais pas encore partout. Je suis convaincu que c'est essentiel dans le domaine du soin.

Si j'insiste sur la participation des patients à un système de santé pensé pour les personnes en grande difficulté (personnes handicapées, enfants, personnes âgées), c'est parce que ce sont des organisations de soin qui sont faites pour tout le monde. Moi qui commence à vieillir et suis atteint de plusieurs maladies chroniques, j'ai assisté à une évolution de l'organisation du système sur une assez longue période. Cela m'a permis de penser le soin de la rue à la maison de soin en passant par le lit d'hôpital.

Les associations ou mouvements associatifs sont là pour créer ce lien indispensable. Je sais bien qu'il y a de la complexité et un enjeu d'adaptation. Il y a l'offre, la demande et surtout l'usage. C'est la valeur d'usage que la population donne à l'organisation. Voilà pourquoi je pense que les populations n'ont jamais tort d'aller aux services des Urgences de l'Assistance publique. Si l'on pense que le peuple est inéduqué, irresponsable et inadapté, il faut alors changer de peuple. Dans les échanges sur les forums de l'Assistance publique, j'ai lu qu'il fallait éduquer la population. Pourquoi ne pas instituer des camps d'éducation, pendant que nous y sommes ?

Je comprends l'interrogation sur le sujet, mais cela signifie qu'il faut aujourd'hui travailler autrement et surtout travailler avec les personnes qui sont à la porte. Je n'ai jamais vu à Paris de réel travail sur l'utilisation des Urgences. Il y a peut-être des réflexions de couloir..., mais je n'en connais pas avec les populations. Il y a un enjeu indéniable d'éducation,

mais aussi de coproduction : il faut créer des espaces de travail en commun pour aider les professionnels et les gestionnaires à exercer leur art. Il n'y a aucun doute à avoir sur le fait que la population a confiance en vous. Il y a certes des crises de l'expertise, mais c'est d'une certaine façon assez sain. Cette crise nous dit que les personnes atteintes de maladies chroniques et qui, de ce fait, ont trente ou quarante d'expérience du système de soins – patients qui auparavant mouraient de leurs maladies chroniques – crèvent aujourd'hui d'envie de participer à l'amélioration du système. C'est à mon sens un élément essentiel de sa construction.

Je suis persuadé qu'il faut être optimiste, moi qui suis atteint de plusieurs maladies chroniques et ai failli mourir plusieurs fois. Je crois qu'il faut être en bonne santé pour être pessimiste. Sur tous les sujets que sont l'expérience du patient qui apprend à vivre avec la maladie, la mise en place des parcours de santé, la valeur de l'usage pour les personnes et la question des Urgences, nous voyons des choses intéressantes se dessiner et qui me semblent indispensables. J'espère vous avoir convaincu de la nécessité de la participation des usagers. Merci.

DISCUSSION ENTRE LES INTERVENANTES ET INTERVENANTS DE LA TABLE-RONDE

Pierre-André JUVEN,
sociologue, chargé de recherche au CNRS

Merci beaucoup. Avant de donner la parole à la salle, j'aimerais tout d'abord poser à chaque intervenante et intervenant quelques questions spécifiques qui seront suivies de questions ouvertes à tous et toutes.

Zoé VAILLANT a conclu son propos sur la mobilisation des acteurs et la production des savoirs en lien avec les acteurs de terrain. J'imagine qu'il y a des intérêts convergents, mais probablement aussi des intérêts divergents. Comment les résoudre pour arriver à les faire travailler ensemble ? La manière dont les acteurs travaillent ensemble a-t-elle un impact sur l'efficacité du résultat produit ? Qu'est-ce que cela génère ou non sur le terrain ?

Françoise SCHAETZEL a cité l'exemple de construction de bâtiments de quatre étages destinés à bloquer la pollution afin de protéger les écoliers et les écolières. L'idéal n'est-il pas qu'il n'y ait pas de pollution arrivant jusque-là ? Je vais encore remettre un peu de conflit dans la discussion en revenant sur le projet de voie autoroutière de contournement de Grenoble, projet conduit par l'État, qui consiste à passer de 2 x 2 voies à 2 x 3 voies et dont la troisième serait réservée au covoiturage et soumise à une vitesse moindre. La municipalité, la métropole et les associations locales se sont opposées à ce projet, s'appuyant sur des arguments écologiques et sanitaires évidents, et ont dû se battre pour en empêcher la construction. Les entreprises qui en sont chargées ont mis en place engins de chantier et matériaux pour forcer la décision en dépit du recours déposé. Cette prise en compte de la pollution de l'air passe-t-elle par des conflits où interviennent différents types d'acteurs ? Vous nous avez aussi parlé d'appartements devenus invendables dans certaines zones à cause du taux de pollution comme dans le cas de la Cancer Alley (Nouvelle-Orléans) où, du fait de la pollution, les propriétés ne valent plus rien si bien que les gens, généralement propriétaires d'un lopin de terre donné à l'époque de la fin de l'esclavage, ne peuvent quitter les lieux. Nous retrouvons ce type de problématique dans certains quartiers en France. Une politique sanitaire ne pourrait-elle pas compenser financièrement les manques de ces personnes pour qu'elles puissent déménager ou vivre dans des logements plus adaptés ?

J'ai également une question pour Laurent CHAMBAUD sur les inégalités de santé. Nous constatons un accroissement général des inégalités depuis plusieurs années. Dans quelle mesure la lutte contre les inégalités de santé peut-elle se passer d'une réflexion sur la lutte contre les inégalités en général ? Dans quelle mesure, dans d'autres champs des politiques publiques comme l'emploi, n'est-il pas essentiel de mener une réflexion sur la santé psychologique des personnes, notamment dans le cadre d'une précarisation grandissante des conditions de travail avec des contrats courts empêchant les personnes de se projeter dans l'avenir et de vivre sereinement ? Se battre sans cesse contre les inégalités de santé tant que les inégalités socio-économiques ne sont pas résorbées est-il forcément voué à l'échec ou cela revient-il à mener la « politique de la rustine » ?

François CRÉMIEUX, vous avez parlé de fermeture d'établissements. En contrepoint à la question du lien entre l'hôpital et les élus, j'aimerais que vous nous parliez de l'actualité et de la question qui tend à opposer, d'un côté, celles et ceux dont on dit qu'ils sont, à tort, arc-boutés sur l'hospitalo-centrisme et, de l'autre, les réformateurs et organisateurs partisans d'une ouverture sur la ville. Dans quelle mesure ces deux positions ne pourraient-elles pas se compléter au lieu de s'opposer ? Quel est votre point de vue sur les perspectives qui se dessinent pour les futures années avec la loi votée récemment ? Vous avez aussi parlé de fermeture des maternités. Dans quelle mesure ces variables sont-elles différentes en fonction des territoires sachant que leur maintien peut s'avérer dangereux dans certains cas alors qu'il est positif quand c'est la seule offre de soins disponible sur un territoire même si le taux d'accouchement est inférieur à celui attendu ? Il y a actuellement des controverses importantes dans des territoires comme l'Ardèche ou la Drôme, où des maternités sont fermées et où les premières structures d'accueil sont situées à plus d'une heure de route avec des conditions altérées de soins et de prise en charge. Pourriez-vous nous donner un avis sur ces controverses autour de ces enjeux ?

Thomas SANNIÉ, j'aimerais revenir sur la controverse actuelle concernant la ville et l'hôpital. Nous entendons beaucoup les experts, les médecins… sur ce qu'il convient de faire pour le système de santé du futur et pour la médecine de demain, mais nous avons assez peu entendu les associations de patients et d'usagers sur cette question. Quelle est votre position, en tant que président de votre association, sur cet enjeu du désengorgement de l'hôpital, sur la nécessité de l'ouvrir sur la ville et avec quels moyens ?

J'en viens maintenant aux questions ouvertes. Nous avons aussi beaucoup parlé ce matin de décentralisation et d'adaptation au territoire. La justification donnée de la tarification de l'activité était qu'il ne fallait pas faire de tarification différenciée en fonction des territoires, parce que l'État a la responsabilité de la péréquation des moyens et de l'équité entre territoires. C'est à lui de s'assurer que certains territoires ne sont pas défavorisés par rapport à d'autres. Dans quelle mesure peut-on arriver à l'équilibre entre une adaptation au territoire et une forme de standardisation ou équité gérée au niveau national ? Détacher un certain nombre de tâches et de moyens à des structures locales peut-il contribuer à créer des inégalités assez fortes ?

Ma deuxième question porte sur l'argent, dont nous avons peu parlé depuis ce matin. Dans quelle mesure les élus et les collectivités peuvent-ils jouer un rôle sur la santé, au sens large, et sur l'offre de soins ? N'est-ce pas pour des raisons budgétaires que de nouvelles structures n'arrivent pas à émerger ou que celles existantes ne parviennent pas à se développer ? À Grenoble, des centres de santé communautaires font de la médecine qui n'est pas prescriptive ni surmédicalisée (accompagnement conjugal, accompagnement à l'alimentation ou à l'activité sportive…) sur un territoire donné et qui « galèrent »financièrement. Ce type de structures n'est-il pas la réponse à toutes les questions que nous sommes en train de nous poser ? Dans quelle mesure est-il possible de les rendre financièrement viables ?

Zoé VAILLANT,

maître de conférences en géographie de la santé à l'université Paris Nanterre, laboratoire Ladyss

Comment faire travailler les gens ensemble ? Cette formulation me pose problème. Qui fait travailler qui, et avec qui ? Y a-t-il un chef qui fait travailler les autres ?

Pierre-André JUVEN

Vous avez parlé de leadership.

Zoé VAILLANT

Ce n'est pas faire travailler l'autre avec soi, mais plutôt accepter soi-même de travailler avec les autres. D'où peut venir cette volonté ? Pour travailler ensemble de manière décloisonnée sur une longue période, il faut que chacun y trouve son intérêt. Dans l'exemple de la plate-forme

Géodépistage, il est nécessaire pour chaque acteur que l'ancrage s'inscrive dans les stratégies de sa propre institution afin qu'il puisse justifier le fait de prendre sur son temps de travail pour rejoindre les réunions de travail de cette plate-forme et justifier que cela entre bien dans le cadre de ses propres missions. Il y a donc tout un travail argumentaire à faire.

C'est un peu comme l'alignement des planètes : il est essentiel que tout se fasse au bon moment dans une même dynamique. Les structures de gestion n'étaient pas en difficulté, mais elles doivent faire la démonstration de leur nécessité. Dans le cas du dépistage du cancer du sein, sur lequel existe toute une controverse, il faut démontrer son efficacité à agir sur la prévention et, in fine, sur la mortalité liée à ce cancer. Ce besoin de connaissances s'inscrit clairement dans les enjeux de renouvellement et fournit des arguments justifiant le maintien des structures de gestion.

L'ARS, qui est loin du terrain et doit piloter la prévention du cancer, est intéressée par cette plate-forme, car celle-ci lui permet, avec la coproduction des connaissances, de décliner sur le terrain sa politique de prévention en lien avec les Villes. Voilà un argument intéressant pour venir justifier de sa présence et avoir des retours vivants qui vont au-delà des taux généraux par département de participation au dépistage du cancer.

Les enseignants-chercheurs ont aussi des tutelles, des injonctions et de nouvelles directives. Nous sommes des chercheurs, mais nous avons l'injonction de former de jeunes professionnels à la fois pour faire de la recherche avec l'objectif de l'excellence académique et les rendre opérationnels pour travailler sur le terrain au bout de deux ans. D'où la nécessité pour nous d'avoir des acteurs, par pur intérêt. Dans notre recherche sur les processus de production des inégalités de santé, nous avons arrimé cette démarche à nos thèses de recherche sur ce qui nous intéresse et qui est aussi relié, in fine, à ce qui est évalué dans la mesure où nous formons de jeunes professionnels qui sont ancrés dans le milieu de la santé publique et qui trouveront ensuite du travail.

Je ne vais pas décliner la démarche pour chacun des acteurs, mais c'est la même chose concernant l'Assurance maladie. Elle finance les mammographies et l'envoi des courriers, mais elle a aussi besoin d'avoir un retour sur ses dispositifs. Comme elle n'a pas forcément d'éléments d'évaluation de ses dispositifs au niveau micro, elle vient les chercher sur cette plate-forme qui a en plus l'avantage de la gratuité. Les expertises ne sont pas gratuites, mais il ne s'agit pas ici d'une commande des structures de gestion ou de l'Assurance maladie. Nous ne sommes pas payés pour faire produire des connaissances par les étudiants. Il n'y a pas de rapport d'argent, comme dans le cas d'un cabinet de conseil.

Nous sommes bien là dans la rencontre d'intérêts propres à chacun dans le paradigme de réduction des inégalités, parce que c'est inscrit dans la loi. Les acteurs sont donc obligés de s'y mettre. Il ne s'agit pas que de militantisme. Même s'il n'y a pas de moyens derrière les grands textes de loi, nous pouvons nous saisir des paradigmes qui sont annoncés pour justifier d'un travail en commun.

François CRÉMIEUX,
DGA à l'AP-HP

Vous avez raison sur la question de l'hétérogénéité des territoires par rapport aux hôpitaux. Dans notre pays en général et en Île-de-France en particulier, il n'est pas uniquement question de fermeture d'établissements et de réduction. Ce qui interroge la cohérence de chacun d'entre nous (élus, scientifiques, gestionnaires, patients, chercheurs), c'est que nous sommes dans un système où il y a un relatif consensus sur le fait que nous héritons d'une organisation du système de santé très curatif. Nous sommes aussi les héritiers d'un excellent système de santé curatif très centré autour de l'organisation et du fonctionnement des hôpitaux. C'est l'une des caractéristiques des grands plans d'investissement massif dans les structures hospitalières qui ont eu lieu dans les années soixante, soixante-dix, quatre-vingt et même en 2010. Dans les amphithéâtres et les groupes de chercheurs, il y a un relatif consensus sur l'une des difficultés de notre système à basculer vers un système de soins moins centré sur l'hôpital, à cause de la multiplicité des pathologies, du vieillissement de la population, de la volonté de chacun d'entre nous de rester chez soi le plus longtemps possible…

Il est paradoxal que ce discours soit tenu par un directeur d'hôpital qui, par ailleurs, se bat du matin au soir pour avoir plus de moyens et pour tenter de développer ce que lui et ses équipes savent faire. Nous devons être cohérents jusqu'au bout en accompagnant le système, comme nous avons tenté de le faire à Villiers-le-Bel avec Jean-Louis MARSAC pour aller, a minima, vers une réorganisation massive des structures hospitalières, voire vers une utilisation de ces moyens pour faire autre chose que des hôpitaux.

À l'époque où Laurent et moi luttions ensemble, j'avais remarqué des contradictions lors de nos discussions avec les représentants en général (sans parler des médecins ou des professions paramédicales). L'une d'elles est qu'il n'y a pas convergence automatique d'intérêts entre les médecins et les malades et, plus généralement, entre les professionnels de santé et les citoyens. Ces intérêts n'étant pas convergents, cela crée des difficultés.

L'intérêt des citoyens est d'avoir la meilleure santé possible pour un coût leur permettant de dépenser par ailleurs un maximum de temps, d'énergie, de moyens et d'argent à faire autre chose. Notre ambition personnelle n'est pas de consacrer un maximum d'argent à notre santé même si chacun d'entre nous souhaite avoir la meilleure santé. L'intérêt que défendent les représentants des professionnels de santé (directeurs d'hôpitaux...) est d'avoir le maximum de moyens pour faire fonctionner les structures et d'avoir éventuellement le maximum de revenus.

SI je caricature un peu cette divergence d'intérêts des uns et des autres, c'est pour vous montrer les contradictions en termes de portage d'intérêts. Ces contradictions se retrouvent dans une multitude de domaines. Les professeurs sont-ils porteurs des intérêts des étudiants et des élèves ? Parfois, mais pas toujours. Les exemples ne manquent pas. Les élus sont supposés être en interaction directe et être les porteurs uniquement de ceux qui les ont élus (les citoyens d'une circonscription ou d'une ville). Les élus sont les garants de la démocratie et les représentants du plus grand nombre. C'est là que se situent leur légitimité et leur responsabilité, mais quelle est la légitimité des élus intervenant sur le terrain de la santé ? En ont-ils aujourd'hui la responsabilité ?

Laurent CHAMBAUD,
médecin de santé publique,
directeur de l'École des hautes études en santé publique (EHESP)

Je vais tenter de répondre à la question sur les inégalités en général, et celles de la santé en particulier. Les inégalités existent à un niveau global. Je ne pense pas que les personnes qui, d'une manière ou d'une autre, œuvrent dans le domaine de la santé vont avoir l'ambition de répondre à l'ensemble des problématiques d'inégalités. Se concentrer sur les inégalités de santé ne permet pas d'être en mesure de travailler sur des sujets précis ni de faire en sorte que cela contribue au débat sur les inégalités en général.

Je vais prendre un exemple très concret. Une étude de la DREES a paru sur la santé des adolescents en se basant sur les enquêtes biennales réalisées en milieu scolaire. Cette étude souligne depuis longtemps les inégalités de santé chez les adolescents. Elles peuvent être d'origine sociale, comme dans les cas de surcharge pondérale et d'obésité. Cette étude montre que ces problèmes sont liés à tout un système et que la santé ne peut les résoudre à elle seule. Par contre, on peut alerter sur le sujet. L'étude de la DREES montre que le taux de surcharge pondérale chez les enfants d'ouvriers est le double de celui chez les enfants de cadres.

Cette étude s'est aussi penchée sur la vision de loin chez les adolescents. La vision de loin non corrigée des enfants d'ouvriers en classe de troisième est de 10 % et celle des enfants de cadres est de 3 %. Cela signifie que les familles qui en ont les moyens font corriger la vision de leurs enfants. Ce résultat interroge notre système de soins et notre capacité à corriger ces inégalités. L'étude de la DREES fait le même constat concernant les dents cariées. Ces résultats de l'étude sont particulièrement intéressants au moment où l'on s'interroge sur l'extension de la prise en charge. Pour rappel, la France est le pays de l'OCDE où le reste à charge est le plus faible. Nous avons encore des progrès à faire, même si nous sommes très bons sur le sujet.

Je tiens aussi à dire que je partage les propos de François. Nous avons vraiment un problème de fond, un problème structurel même si tous les pays connaissent une crise des Urgences avec leur engorgement. Le questionnement sur les systèmes de soin est le même dans tous les pays avec le poids du vieillissement de la population et celui de l'augmentation des pathologies chroniques et des multi-pathologies alors que les systèmes de soins n'ont pas été conçus pour y faire face. Nous sommes confrontés à cette situation. Je pense que la crise des Urgences est un exemple de nos difficultés. Je suis d'accord sur l'idée que cela doit se travailler probablement de manière partenariale, et non par une réflexion menée je ne sais où. La difficulté actuelle est d'être capable de prévoir, dans les dix prochaines années, la manière de faire des rééquilibrages. On voit bien où se situe la limite du système.

Je suis d'accord sur la nécessité de donner plus d'argent aux centres de santé et aux maisons de santé pluridisciplinaires, mais où prendre l'argent au moment où notre système de santé nous coûte relativement cher ? Nous savons bien que l'hôpital concentre énormément d'argent. De récentes études économiques montrent que l'hôpital est probablement l'endroit où il y a le plus de régulations économiques. La tension actuelle dans les hôpitaux est colossale, surtout à l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris même si elle existe aussi au CHU de Nantes ou de Rennes comme dans un certain nombre d'établissements non universitaires.

La solution pour régler ces situations n'est pas de modifier les équilibres économiques d'une année sur l'autre. Nous allons devoir trouver une solution nous permettant de projeter, sur une dizaine d'années, la façon d'opérer cette transition. Le problème est qu'une période de dix ans n'est pas celle d'un mandat électoral. Comment mettre en place ces capacités de transformation qui pourront transcender les échéances électorales ? Si quelqu'un trouve la façon de le faire, je suis preneur.

À Singapour, qui n'est pas vraiment un modèle de démocratie, où sont concentrées 4 millions de personnes, cette transition est en train de se faire de façon autoritaire. Comme je ne pense pas que ce soit ce que nous voulons faire, nous devons trouver les moyens de mettre en place notre capacité de transformation, d'en annoncer la couleur et d'accepter que cela se fasse sur dix ans. Quand j'étais au Cabinet de Madame TOURAINE, j'ai beaucoup travaillé sur une stratégie nationale de santé sur dix ans. Nous avons bien eu une stratégie nationale de santé, mais elle n'a duré que deux ans.

Françoise SCHAETZEL,
conseillère municipale de la ville de Strasbourg

Il ne suffit pas de mettre de gros bâtiments pour faire barrage à la pollution et de compenser financièrement les populations pour répondre à ces questions particulièrement complexes. Vous avez raison de parler de « politique de la rustine » consistant à construire des bâtiments suffisamment hauts pour protéger la population. Si nous nous préoccupons de santé sous l'angle de la pollution atmosphérique, il faut commencer par réduire les sources d'émission qui sont au nombre de trois dans la plupart des collectivités : le transport (passagers et marchandises), l'agriculture et l'énergie. Le chauffage au bois représente à Strasbourg près de 50 % des émissions de particules. C'est en partant de l'impact de la pollution atmosphérique sur la santé que nous arrivons à trois politiques locales, nationales, voire européennes et mondiales, qui posent problème.

Vous avez parlé de compensation financière. À l'échelle d'une collectivité comme une métropole, qui peut compenser ? Comment le faire et avec quel argent ? Il y a d'autres leviers d'action que le financement, à commencer par le comportement individuel. Pour le modifier, il faut essayer d'inciter les personnes à ne pas prendre leur voiture et leur proposer des solutions de substitution. Cela renvoie à la question des politiques locales de déplacement. La question de la compensation nous amène ainsi à la manière de pouvoir faire évoluer la politique en matière de mobilité urbaine.

Qui compenser ? À l'Eurométropole, nous avons constaté que les voitures les plus polluantes appartiennent aux populations très défavorisées, mais aussi aux populations aisées dans le cas d'une deuxième ou troisième voiture. Où sont les pauvres ? Ils ne vivent pas dans les communes en périphérie de Strasbourg, mais dans la ville elle-même. Strasbourg est une des villes les plus pauvres de France avec un revenu médian à hauteur de celui de Marseille. À Strasbourg, les inégalités socio-économiques sont parmi les plus importantes du pays. Le centre-ville de Strasbourg est bien pourvu en transports collectifs. Les pauvres utilisent leur voiture pour aller faire leurs courses dans les hypermarchés situés en périphérie. La question de la compensation financière ramène à des questions d'urbanisme et d'aménagement du territoire. Allons-nous continuer à créer à l'extérieur des villes des ZAC avec des hypermarchés qui tuent la vitalité des centres-ville ?

La question de savoir avec quel argent compenser pose la question de la marge de manœuvre des finances publiques en termes de fiscalité locale. Je pourrais continuer ainsi longtemps. Du débat à partir de la santé, nous en arrivons à des questions particulièrement complexes.

Le cas de Grenoble avec le projet d'une troisième voie dans le contournement de la ville montre à quel point il est difficile, même au niveau d'une métropole, d'aller vers des changements en matière d'énergie, de mobilité… Ces difficultés sont dues aux conflits d'intérêts, notamment financiers. Le projet de grand contournement ouest (GCO) de Grenoble est estimé à 500 M€, argent qui aurait pu être utilisé autrement que pour une autoroute dont on se demande bien à quoi elle va servir.

Ce n'est qu'un exemple parmi d'autres des conflits d'intérêts. Les élus sont aussi confrontés au conflit des priorités : faut-il prioriser les questions d'emploi, qui peuvent générer du déplacement, ou plutôt les questions d'écologie ? Il y a le conflit des modèles agricoles : sachant que 50 % des particules fines viennent de l'agriculture, faut-il rester avec le même modèle ou en changer pour aller vers plus de bio en lui donnant des perspectives économiques (circuits courts, restauration collective…) ? Il y a 200 exploitations agricoles sur le territoire d'Eurométropole.

Toutes ces discussions vont faire l'objet de débats, de conflits et de positionnement locaux différents, ce qui a déjà commencé, pendant les campagnes municipales. À l'Alliance comme dans de nombreux pôles urbains, les questions de qualité de l'air et de qualité de vie seront des enjeux très importants des prochaines campagnes municipales avec des positions et des solutions très différentes selon les partis politiques. Il suffit de voir ce qui se passe à Paris ou à la métropole de Lille avec la liste « Faire respirer Lille » du parti En Marche.

À l'Alliance, qui est une petite structure, nous sommes en train d'écrire un plaidoyer pour donner aux élus, actuels et futurs, désireux de s'engager sur ces questions de qualité de l'air et d'environnement, des arguments pour les prochaines campagnes municipales.

Thomas SANNIÉ,
président de l'Association française des Hémophiles (AFH)

Je voudrais vous parler d'un livre intitulé Archéologie de la France rurale, paru il y a une vingtaine d'années, sur l'histoire de la construction de la France rurale de la préhistoire jusqu'aux temps modernes. Nous apprenons notamment dans cet ouvrage que la mortalité était plus importante dans les villes que dans les campagnes jusqu'au milieu du XIXe siècle, c'est-à-dire avant Pasteur et la vaccination. Nous reviendrons peut-être à cette situation de mortalité élevée dans les villes pour cause de pollution.

Oui, la responsabilité des élus est importante. Pour autant, nous n'avons pas besoin d'eux si c'est pour qu'ils réfléchissent sur le sujet uniquement avec des experts ou ceux qui se présentent comme tels. J'entends par là ceux qui, aux yeux de la collectivité, ont du pouvoir (directeurs d'hôpitaux, professionnels de santé). Il y a un enjeu extrêmement important pour les élus qui doivent aller voir les mouvements associatifs, ceux qui représentent les patients et les usagers qui vont dans les hôpitaux. Je suis effaré par la méconnaissance des milieux associatifs de la part des députés et sénateurs, comme si ces citoyens-là n'existaient pas à leurs yeux. Il est vrai que nous avons une jeune génération de sénateurs et surtout de députés, mais il y a là un réel déficit.

L'ouvrage que je viens de citer nous apprend aussi que l'installation des villes face à l'accroissement des populations dépendait de deux acteurs majeurs, que sont le seigneur local et l'Église. Ce sont eux qui s'occupaient d'organiser les populations. Comme ce n'est pas ce que nous voulons, il nous faut faire autrement et avoir pour cela une vraie vision du travail en commun. Il existe des méthodes de travail en commun ; à nous de les utiliser. Malheureusement, je ne les vois pas émerger dans les discussions publiques. Il s'agit de se mettre d'accord sur les valeurs communes à partager et sur les objectifs généraux pour ensuite travailler ensemble. Nous voyons aujourd'hui de petites villes associer les populations. Je ne suis pas certain que le faire à Paris serait plus compliqué.

Nous assistons en Région parisienne, comme à Rosny-sous-Bois, à l'émergence de listes et de candidatures de citoyens qui veulent penser leur environnement autrement. Il ne s'agit pas d'une compétition des expertises, mais d'une demande très forte de la population d'intégrer les savoirs.

Pierre-André JUVEN,
sociologue, chargé de recherche au CNRS

Nous allons passer aux questions de la salle.

ÉCHANGES AVEC LA SALLE

Pascal CACOT,
psychiatre, Directeur Général association VIVRE

Bonjour. Je dirige une association qui s'occupe d'insertion, de réadaptation et de formation pour les gens qui connaissent des problèmes de santé divers et variés, et aussi de santé mentale. Je crois que c'est en écoutant les personnes que l'on perçoit jusqu'où il faut aller et combien nous sommes mal construits. Dans un débat récent avec des personnes « accompagnées », des médecins, j'ai proposé un thème de réflexion. L'un d'entre eux est soudain intervenu pour dire que, en tant qu'association de personnes handicapées, il serait grand temps de savoir ce que nous pouvons faire pour les personnes valides.

J'ai été président de la Conférence de territoire de santé de Paris pendant tout le temps de son existence (quatre à cinq ans). Et là, j'en ai vu des territoires ! Un président de conférence, c'est un killer d'acronymes. Les hommes ont besoin d'acronymes pour marquer leur territoire. À force de demander à mon voisin ce que tous ces acronymes voulaient dire, il a fini par me dire : « On s'en fout ! Qu'il reste dans son territoire, et nous dans le nôtre. » Je suis sûr qu'il faut un sociologue, mais je pense qu'il faut aussi un éthologue. Je crois qu'il faut commencer par aller sur le territoire de l'autre. La difficulté dans ces Conférences de territoire était d'avoir l'AP-HP et les élus. Les premiers ne venaient jamais et n'en avaient rien à faire de nos Conférences. Quant aux élus, Marianne AUFFRET et Laurent EL GHOZI nous avaient prévenus que ce n'est jamais simple avec eux. Les élus sont complètement perdus devant cette idée de démocratie parallèle. Et puis, ils ont tellement de choses à faire !

Laurent EL GHOZI

Ils n'ont pas de budget.

Pascal CACOT

Je ne sais pas. Je suis quand même content d'avoir participé à ces Conférences de territoires. L'idée de départ était simplement de mieux se connaître, d'essayer de se créer une culture commune et d'agrandir un peu

nos périmètres, mais aussi de faire entendre la voix d'une association de déficients intellectuels quand elle dit : « On ne naît pas parents d'enfants handicapés, on le devient. » Cela a au moins servi à ce que tout le monde écoute, à agrandir la culture.

Nous étions tous venus avec nos utopies. Un territoire, c'était devenu plus qu'une commune, une ville, un département. Cela nous paraissait une chance inouïe. Nous avons essayé de faire intervenir tout ce monde, mais ça ne fonctionnait pas. Nous faisions des réunions mensuelles auxquelles nous invitions des gens très savants qui nous parlaient de leur expérience. Les participants, en particulier les usagers, avaient vraiment envie que cela change. Quand la DASES est venue présenter comment sont définis leurs territoires d'autonomie…, un médecin très engagé dans les maisons de santé pluridisciplinaires a demandé : la DASES, c'est l'ARS ? Il n'avait pas compris la différence importante qu'il y a entre les deux.

Je crois que la question est de savoir comment opérer différemment, en s'appuyant sur les bonnes volontés, les associations… Je m'occupe d'un groupe de travail dans le projet territorial de santé mentale du Val-de-Marne et nous réunissons les instances. Il va falloir chercher les paradigmes qui unissent la question sanitaire et la question sociale plutôt que de les savoir séparés. Le sujet de l'écologie les unit fortement, mais il y en a d'autres.

Pierre-André JUVEN,

sociologue, chargé de recherche au CNRS

Quelqu'un souhaite-t-il réagir ? Est-ce qu'il y a d'autres demandes d'intervention ? Pour ma part, je vous ai déjà donné toutes mes interrogations. Puisqu'il n'y a plus de questions, je propose de passer à la clôture de cette journée. Merci à tous.

CLÔTURE

Laurent EL GHOZI,
président d'Élus, Santé publique & Territoires

Cette Journée est pour nous complexe à plusieurs niveaux. C'est l'avant-dernière journée d'ESPT dans sa configuration actuelle et de mon mandat de président fondateur. La dernière aura lieu le 15 novembre à Lille, où se déroulera en même temps la 5e Rencontre nationale des conseils locaux de santé mentale (CLSM), que nous avons réussi à faire inscrire dans la loi et à faire vivre avec nos partenaires du CCOMS pour la recherche et la formation en santé mentale de Lille. C'est au moins quelque chose d'à peu près solide sur quoi s'appuyer et qui prouve que nous avons avancé.

J'ai entendu tout au long de cette Journée des gens formidables, des choses absolument passionnantes, des engagements réels de chercheurs, d'élus et de citoyens – ce triptyque magique –, de professionnels, voire de gestionnaires. Tous ces gens-là, que nous entendons aussi quelquefois ailleurs, sont passionnants, riches et engagés. Tous sont convaincus de vouloir ensemble le bien de tous et la santé pour tous, si ce n'est le bonheur de la population. Ils ont raison, difficile de les contredire. Pour y parvenir, tous sont en recherche de ce qui fait « commun », de l'universel en quelque sorte, de ce qui devrait parler à tous, à savoir la santé, au risque de dévaluer l'aspect politique par rapport à l'aspect technique. Comme Marianne l'a dit, c'est parfois une facilité dans la mesure où la technique est supposée être neutre.

Avec tous ces gens formidables, animés de la conviction de faire le bien, il y a eu des avancées incontestables de ce que nous portons, de ce que nous voulons, de ce que nous expérimentons. Cette formidable évolution émerge de ce qui est dit, de la préhension de la santé par tout le monde dans toutes ses composantes et dans toutes les politiques. Françoise nous a montré de manière brillante comment, à partir de l'enjeu de la qualité de l'air, on refait l'ensemble des politiques strasbourgeoises, communautaires, régionales et nationales, voire au-delà. Il y a dix ou quinze ans, personne ne le disait.

Pour autant, je trouve que nous sommes dans l'incapacité de convaincre. Au lieu des quelques dizaines de personnes présentes aujourd'hui, nous aurions dû être 10 000 à écouter tout ce qui s'est dit ici : les réflexions, les acquis, les propositions, les volontés… Incapacité aussi de simplifier la complexité. Françoise en a parlé dans sa réponse à Pierre-André JUVEN. Tout est complexe, certes, mais tout cela devrait pouvoir être démêlé et simplifié au nom de la santé pour tous.

Comme Marianne AUFFRET et Françoise SCHAETZEL, je suis confronté à moi-même après bientôt près de trente et un ans de mandat. Il y a des élections, mais aussi des continuités. Quinze ans de présidence d'ESPT avec des débats, des groupes de travail, la participation au Groupement régional de santé publique (GRSP) dans les années 2000, puis aux travaux de la CRSA, aux Conférences de territoire, à la Conférence nationale de santé, au Conseil national de lutte contre l'exclusion… Dans toutes ces instances, j'ai répété ce que vous dites et ce que nous disons, avec conviction et obstination, et en même temps on le dit aujourd'hui au plus haut sommet de l'État. C'est encore pire si l'on évoque le combat des droits des Roms et des gens du voyage !

Durant la Longue Marche, MAO disait : « D'échec en échec vers la victoire. » Même si nous pouvons nous réjouir des avancées, la victoire reste loin. Ce n'est pas faute d'être passionnés et convaincus de l'utilité, par exemple, des travaux de géographie de la santé avec Gérard SALEM, Stéphane RICAN depuis vingt ans. Nous apportons de la connaissance, nous mettons des gens en commun, nous partageons nos savoirs sur la question du dépistage du cancer du sein…, tout cela pour aboutir à un opuscule, que nous avons eu des difficultés à élaborer, pour essayer d'expliquer aux élus la manière de comprendre le territoire et d'adapter sur ce territoire les stratégies à la diversité des populations. Tout cela me laisse parfois un peu perplexe.

Nous avons aussi participé à l'émergence des évaluations en impacts sur la santé et nous avons été parmi les premiers à en faire à Nanterre, Strasbourg… Il s'en fait maintenant un peu partout. Ces évaluations contribuent à augmenter la connaissance, le pouvoir d'agir, la compréhension et les bonnes politiques. Nous acceptons de provoquer la controverse, qui est indispensable, et de faire apparaître les intérêts divergents, comme ceux d'un directeur d'une chaîne de cliniques et ceux des patients, ou ceux des usagers et des citoyens. Il faut arriver à mettre sur la table tous ces intérêts forcément divergents. C'est peut-être ce qui nous permet de continuer à œuvrer dans la sobriété pour pouvoir, in fine, décider en fonction de nos convictions en tant qu'élu légitime. Cela peut faire du bien, et même s'avérer utile à tous.

Avec tous ces gens formidables qui se sont exprimés ici tout au long de la journée, comment faire pour ne pas être tous seuls à avoir raison ? Comment faire pour que les élus actuels et futurs, le gouvernement et les myriades de jeunes attachés ministériels aient connaissance de tout cela et se l'approprient au lieu de répéter que cela coûte cher et que c'est trop bien pour les immigrés, par exemple ? Comment faire évoluer les mentalités, si ce n'est le système ?

Qu'en est-il de l'avenir de notre association « Élus, Santé publique & Territoires » que, les uns et les autres, vous nous faites l'honneur d'accompagner depuis des années ? Je ne vous citerai pas la multitude de nos partenaires parmi lesquels figurent notamment le Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale, l'Institut RENAUDOT, le Réseau Environnement Santé (RES), les Villes-Santé, des universitaires (Toulouse, Nanterre…). Merci à tous. Comment allez-vous pouvoir aider cette association à continuer à exister après les prochaines élections, à peser dans le débat public et à faire avancer les choses sachant que les futurs élus n'auront pas forcément les mêmes positions ni le même bagage culturel ou les mêmes envies ?

Pour répondre aux interrogations de Marianne, je parlerai plutôt de chant vocal. J'entends par là le chant que chacun porte et qui, mêlé aux contre-chants des autres, qu'ils soient plus hauts, plus graves ou plus forts, peut finalement faire chœur et harmonie. Peut-être est-ce ce que nous devons chercher dans le contrechamp proposé par Marianne et nous arriverons peut-être ainsi à jouir en commun.

C'est ce que je nous souhaite et vous souhaite pour les années à venir. Merci à tous de ce tout ce que nous avons fait, réussi et raté ensemble. Merci de ce long compagnonnage. Merci à Frédérique QUIRINO CHAVES, qui, malgré les vents contraires, continue à porter avec nous « Élus, Santé publique & Territoires ». Elle vous harcèlera jusqu'à ce que le contenu de tout ce que vous avez dit soit validé et que, dans les trois mois à venir, nous puissions publier ces actes indispensables avant les élections. Cela dépend de Frédérique, de nous et de vous. Nous comptons donc sur vous.

Merci à Marianne, vice-présidente exigeante et stimulante, qui est toujours dans le pas de côté et nous oblige à réfléchir autrement même si ce n'est pas toujours confortable. En tout cas, cela permet d'avancer.

Je tiens également à remercier tous les autres membres du conseil d'administration d'« Élus, Santé publique & Territoires », avec qui nous avons pu réaliser quelques belles choses. Merci à tous, bon retour et à bientôt.

SIGLES & ABRÉVIATIONS

AD-PA
Association des Directeurs au service des Personnes Âgées

AASQA
Associations Agréées de Surveillance de la Qualité de l'Air

AFH
Association Française des Hémophiles

ALD
Affection Longue Durée

ANSES
Agence Nationale de Sécurité sanitaire de l'alimentation
de l'Environnement et du travail

AP-HP
Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

ARS
Agence Régionale de Santé

AVC
Accident Vasculaire Cérébral

ASV
Atelier Santé Ville

BTP
Bâtiment et Travaux Publics

CCAS
Centre Communal d'Action Social

CGET
Commissariat Général à l'Égalité des Territoires

CGT
Confédération Générale du Travail

CHU
Centre Hospitalier Universitaire

CLIC
Centre Local d'Information et de Coordination

CLS
Contrats Local de Santé également,
Conseil Local de Santé

CLSM
Conseil Local de Santé Mentale

CME
Commission Médicale d'Etablissement

CMP
Centre Médico-Psychologique

CNFPT
Centre national de la fonction publique territoriale

CPTS
Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CRSA
Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie

CTS
Conseil Territorial de Santé

CUCS
Contrats Urbains de Cohésion Sociale

DASES
Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé (de Paris)

DG
Directeur ou Directrice Général.e

DGA
Directeur ou Directrice Général.e Adloint.e

DGOS
Direction Générale de l'Offre de Soins

DGS
Direction générale de la santé

DREES
Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EHESP
École des Hautes Études en Santé Publique

EIS
Évaluation d'Impact sur la Santé

ENA
École Nationale d'Administration

EHPAD
Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ESPT
Élus, Santé Publique & Territoires

FO
Force Ouvrière

GHT
Groupement Hospitalier de Territoires

GHU
Groupement Hospitalier Universitaire

GRSP
Groupement Régional de Santé Publique

IDH
Indice de Développement Humain

IGA
Inspection Générale de l'Administration

IGAS
Inspection Générale des Affaires Sociales

INET
Institut National des Études Territoriales

INPES
Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé (aujourd'hui Santé publique France)

INSERM
Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

INSET
Institut National Spécialisé d'Études Territoriales

IRM
Imagerie par Résonance Magnétique

Loi HPST
Loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires »

MAIA
Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie ouMaison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer

OCDE
Organisation de Coopération et de Développement Économiques

PLU
Plan Local d'Urbanisme

PLUi
Plan Local d'Urbanisme intercommunal

PMI
Protection Maternelle et Infantile

PRS
Programme Régional de Santé

OMS
Organisation Mondiale de la Santé

RES
Réseau Environnement Santé

UMR
Unité Mixte de Recherche

UNAFAM
Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

ZAC
Zone d'Aménagement Concerté

BIBLIO-GRAPHIE INDICATIVE

Pour aller plus loin, nous vous proposons quelques références bibliographiques, textes de lois, articles scientifiques, ouvrages évoqués par nos intervenantes et intervenants au cours de leurs contributions orales ainsi que les adresses des sites internet des associations membres du comité d'organisation et/ou qui ont contribué aux journées.

LES VILLES FABRIQUE DE SANTÉ

Sites internet

- Association « Élus, santé publique & territoires » (ESPT)
  https://espt.asso.fr/
- Ministère des Solidarités et de la Santé
  https://solidarites-sante.gouv.fr
- En particulier, DREES
  https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/
- Commissariat Général à l'Égalité des Territoires (CGET)
  https://www.cget.gouv.fr
- Santé publique France
  https://www.santepubliquefrance.fr
- Réseau français des Villes-Santé de l'OMS
  www.villes-sante.com
- Fabrique Territoires Santé
  https://www.fabrique-territoires-sante.org
- Territoires Unis
  https://www.territoiresunis.fr/

Textes législatifs et réglementaires

- Circulaire DIV/DGS (Délégation interministérielle à la ville/ Direction générale de la santé) du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des ateliers santé ville : http://i.ville.gouv.fr/index.php/reference/770/circulaire-div-dgs-du-13-juin-2000-sur-la-mise-en-oeuvre-des-ateliers-sante-ville
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id
- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&categorieLien=id
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite Loi HPST (hôpital, patients, santé et territoires)) : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id
- Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000038821260&categorieLien=id

Textes de référence

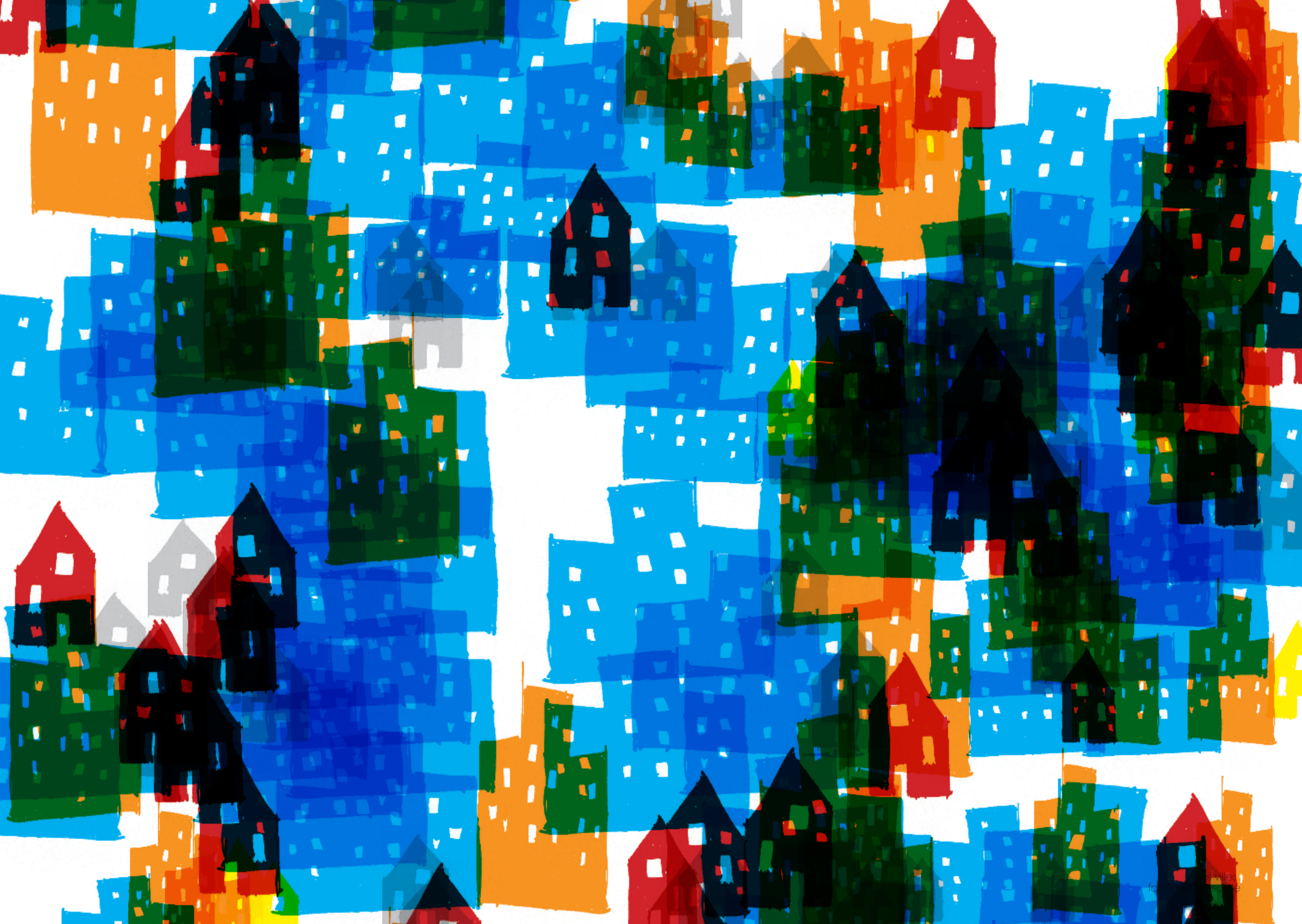
- Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, OMS, 21 novembre 1986 : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
- Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques: vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être. , 2010, OMS : https://www.who.int › french_adelaide_statement_for_web
- « Ce qu'il faut savoir au sujet de la santé dans toutes les politiques », OMS : https://www.who.int/social_determinants/publications/health-policies-manual/key-messages-fr.pdf?ua=1

Rapports, études, guides

- « Les inégalités sociales de santé », sous la direction de Anette LECLERC, Didier FASSIN, Hélène GRANDJEAN, Monique KAMINSKI, Thierry LANG, INSERM Recherches, 2000, éditions La Découverte : https://www.editionsladecouverte.fr/catalogue/index-Les_in__galit__s_sociales_de_sant__-9782707132475.html
- « Les inégalités sociales de santé. Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016 », ouvrage coordonnée par Thierry LANG, université Toulouse III et Valérie ULRICH, DREES : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ouvrage_actes_seminaire_iss_pour_bat_cabinet_-_web.pdf
- « Inégalités sociales de santé et promotion de la santé », Dossier technique n°7, IREPS de Bourgogne, réalisation Agathe SANDON, septembre 2016 (en particulier, présentation du modèle de DAHLGREN et WHITEHEAD des déterminants de la santé sous forme de diagramme, 1991) : https://ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/dossier_technique_iss_complet.pdf
- « Étude sur l'impact des Contrats Locaux de Santé sur les Inégalités sociales et territoriales de santé en Île-de-France. Résumé de la phase d'analyse du contenu des contrats. Résultats de la phase qualitative », Sophie SCHAPMAN-SEGALIE sous la direction du Pr. Pierre LOMBRAIL, Département de Santé Publique, EA 3412 (Laboratoire Éducations et Pratiques de Santé), UFR SMBH, Université Paris 13, Sorbonne Paris Cité; Groupe Hospitalier Paris Seine St-Denis, AP-HP, novembre 2014 : https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/CLS_Rapport_final_evaluation_qualitative_novembre2014.pdf

Articles

- « Contribution de Territoires Unis au Grand débat national », Pour un acte III de la décentralisation, #Territoires unis Assises des libertés locales, 13 mars 2019 : https://www.territoiresunis.fr/wp-content/uploads/2019/03/Contribution-de-Territoires-unis-Les-propositions-au-Grand-d%C3%A9bat-national_13-mars-2019.pdf
- Pour une 1ère information sur les études consacrées à la catastrophe du 11 septembre 2001 : http://www.leparisien.fr/international/11-septembre-des-annees-apres-le-drame-l-ombre-du-cancer-plane-sur-new-york-09-09-2019-8148414.php



On le sait : la santé n'est pas une compétence obligatoire des villes. Pourtant, depuis sa création, l'association « Élus, santé publique & territoires » plaide pour une reconnaissance du rôle des villes et de leurs groupements, en santé. Cet enjeu est même au cœur du projet associatif : ESPT œuvre pour une gouvernance partagée de la santé et la promotion de politiques locales de santé contractualisées avec l'État et les ARS, visant à lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Cet engagement des élus locaux est né dans le fil du déploiement des Ateliers Santé Ville (ASV) au début des années 2000, s'appuyant ainsi sur les liens entre politique de la ville et santé. Les Villes sont dans la proximité avec les citoyens et ont une connaissance fine des besoins et des ressources du territoire, en particulier dans les quartiers de la géographie prioritaire. Elles peuvent ainsi concourir à la « fabrique de la santé », avec l'ensemble des acteurs concernés.

Ce positionnement d'ESPT repose évidemment sur une appréhension de la santé au sens global telle que définie par l'OMS et sur les connaissances scientifiques acquises en lien avec les déterminants de la santé. La « territorialisation des politiques de santé » fait l'objet d'études, d'évaluations et, de plus en plus, de prises de position favorables à son développement. En particulier, la Ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, évoque aujourd'hui de « nouvelles synergies » entre acteurs, à construire sur les territoires, pour structurer le système de santé de demain. Il reste sans doute à interroger les liens entre recherche et action publique, entre les volontés politiques et les « chemins de faire » possibles et les écarts qui ont pu se développer entre les concepts, les intentions initiales et leurs mises en œuvre.

A ce plaidoyer fondateur est venu s'agréger celui de la nécessaire « démocratie en santé » c'est-à-dire la contribution pleine et effective des habitants usagers citoyens aux réflexions, projets, instances relatifs à la santé. ESPT plaide ainsi pour une gouvernance partagée de la santé, y compris avec les citoyens. Il s'agit de « faire avec » eux, en recherchant leur implication à chaque étape. Cette démarche était également au cœur de l'ambition portée par les ASV sur les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV). Il reste sans doute aussi à interroger les logiques et les stratégies des autres acteurs en présence, les opportunités réelles, et pas seulement celles souhaitées, des citoyens d'exercer ce pouvoir de « co-construction » des politiques de santé.

Alors que l'association « Élus, santé publique & territoires » approche les 15 années d'existence, elle propose, à travers cette journée d'étude, un retour réflexif sur son action et son histoire, qui interroge non seulement ses membres mais au-delà chacun des professionnels concernés et des citoyens. En particulier, pourquoi l'échelon municipal, et plus finement encore celui d'un QPV, est-il pertinent en santé ? De quelles opportunité et légitimité à agir disposent les élus locaux ?

La 21ème Journée nationale d'étude de l'association proposera ainsi d'explorer ces questionnements complexes et multidimensionnels. Elle invitera à mettre en perspective les points de vue d'élus locaux, de professionnels, de partenaires institutionnels et associatifs, de chercheurs en sciences sociales, en épidémiologie, en géographie, de citoyens, autour de leur analyse du rôle des collectivités et des élus locaux dans « la fabrique de la santé », de la pertinence des démarches territorialisées en santé et des enjeux de la démocratie en santé.

Événement organisé avec le soutien financier du Ministère des Solidarités et de la Santé-DGS, du CGET et de Santé publique France