

Journée d'études #1
Fabrique Territoires Santé

le 6 avril 2018 à Paris



LA TERRITORIALISATION DES POLITIQUES DE SANTÉ



LA TERRITORIALISATION
DES POLITIQUES
DE SANTÉ

AVANT- PROPOS

Fabrique Territoires Santé organise sa première journée d'études, sur la territorialisation des politiques de santé.

En avril 2017, la Plateforme nationale de ressources des Ateliers santé ville se transformait en Fabrique Territoires Santé, voulant affirmer par ce changement sa volonté de s'adresser à l'ensemble des acteurs impliqués dans la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé par la fabrique de dynamiques territoriales. Que ces acteurs relèvent des territoires urbains (dont les quartiers prioritaires), ou des territoires ruraux.

Sur la base de l'expérience des Ateliers santé ville puis des Contrats locaux de santé et de nombreuses initiatives originales, l'analyse de ces « dynamiques territoriales de santé » souligne leur inscription dans une démarche de projet: une construction de partenariats et de réseaux; la participation des habitants; une territorialisation de l'action; une coordination.

Mais au-delà des principes d'action, la question se pose du rôle et de l'articulation de ces dynamiques territoriales vis-à-vis des politiques de santé.

Dans quelle mesure ces dynamiques sont-elles impactées par le cadrage national?

Comment concilier ces initiatives locales avec les Projets régionaux de santé portés par les ARS?

Comment garantir l'égalité de mise en œuvre de ces dynamiques?

Quelle place est donnée à ces diverses dynamiques territoriales de santé (subsidiaries, complémentaires, facultatives, etc.) par les institutions qui les soutiennent en grande partie?

De fait, une « dynamique territoriale de santé » interroge les politiques publiques à deux niveaux:

- Assiste-t-on à une redistribution des rôles et des prérogatives entre les représentants de l'État « garant des politiques de santé » et les partenaires locaux agrégés autour des collectivités?
- Ces dynamiques territoriales de santé contribuent-elles à l'émergence de politiques, voire de gouvernances locales partagées en santé?

Après un temps d'ouverture institutionnelle, ces différentes questions alimenteront nos réflexions structurées autour de deux séquences. Chaque séquence propose deux interventions discutées par des acteurs de terrain et le public.

SOMMAIRE

6	OUVERTURE
16	SÉQUENCE 1 « Dessine-moi une territorialisation des politiques de santé »
58	SÉQUENCE 2 « Politique territorialisée ou territorialisation des politiques publiques? »
92	BIBLIOGRAPHIE

OUVERTURE

François Dagnaud,
Maire du 19^{ème} arrondissement de Paris

Didier Febvrel,
Président, Fabrique Territoires Santé

Francis Bouyer,
Sous-directeur de la cohésion
et du développement social, CGET

Sylvie Quelet,
Directrice de la prévention et promotion de la santé,
Santé publique France

⇒ **Didier Febvrel,**
président, Fabrique Territoires Santé

Au nom du conseil d'administration et de tous les adhérents de Fabrique Territoires Santé, je suis chargé d'ouvrir cette première journée d'études. D'abord, j'excuse M. François Dagnaud, le maire du 19^e arrondissement, qui est venu nous saluer tout à l'heure, et qui est très heureux de nous accueillir ici. Nous sommes contents de faire ce colloque dans les locaux d'une mairie. Il y a là un symbole fort du fait que nous sommes très attachés à ce lien avec une collectivité territoriale, notamment dans la promotion de la santé. Je remercie aussi M. Francis Bouyer, du Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET) et Mme Maryse Karrer, de Santé publique France, qui prendront la parole après moi. Et je dois excuser la Direction générale de la santé, qui n'a pas pu se libérer pour venir ouvrir ce colloque.

Mesdames et Messieurs, chers « fabricants », merci d'être venus nombreux pour cette journée d'étude, qui précède notre assemblée générale annuelle. C'est une première pour Fabrique Territoires Santé, puisque cette structure a pris naissance en 2017, dans la continuité de la Plateforme nationale de ressources des Ateliers santé ville.

Une des missions de Fabrique Territoires Santé est de faire du lien entre les « fabricants » de dynamiques territoriales de santé et de donner la possibilité d'être relié, de rassembler les énergies et les initiatives, pour constituer un réseau national référent aux acteurs locaux, régionaux et nationaux. Il s'agit effectivement de mieux se connaître, de partager des savoirs et des expériences, d'échanger des pratiques et des réflexions. Cet engagement et cette mission font partie de nos activités. Pour cela, nous utilisons plusieurs moyens, plusieurs leviers pour faciliter ce maillage : des rencontres, des journées d'échanges de pratiques au niveau des régions, des journées d'études, un site Internet, des newsletters, etc.

Par ailleurs, depuis 2014, pour favoriser la qualité des programmes et des projets sur les territoires, nous menons une démarche de capitalisation des dynamiques territoriales, capitalisation des outils, des méthodes, des actions notamment pour réduire les inégalités de santé. En espérant que par cette construction de connaissances à partir d'expériences vécues, nous favoriserons le passage de l'expérience à la connaissance partagée. Cette capitalisation a dégagé des caractéristiques structurantes et des éléments de plus-value. Parmi ces plus-values, il en est une qui est au cœur de notre réflexion de ce jour : il est dit que les dynamiques territoriales de santé comme celles des Ateliers santé ville

ont une plus-value sur les politiques publiques et les institutions, par la mobilisation des élus et des services municipaux, par l'inscription dans une dynamique locale, l'interpellation des institutions et par une observation synergique des politiques de santé et une mobilisation du droit commun. Comme vous le voyez, ce n'est pas rien. C'est dire si la question des territorialisations des politiques publiques de santé, source de dynamique territoriale de santé, et celle de sa coordination et de son animation sont essentielles pour nous, Fabrique Territoires Santé.

Cette question du comment se fabriquent ces dynamiques et leur qualité est un axe de notre politique associative. C'est pourquoi, entre autres, nous avons fait évoluer la Plateforme nationale de ressources des Ateliers santé ville vers Fabrique Territoires Santé : l'objectif est de nous adresser à l'ensemble des acteurs impliqués dans la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé par la fabrique de dynamiques territoriales, que ces acteurs relèvent des territoires urbains, et notamment les quartiers politiques de la ville, ou des territoires ruraux. Ces démarches territoriales de santé se construisent évidemment à partir des besoins locaux. Cette inscription locale, dans des logiques d'acteurs locaux, quel que soit leur champ, a son importance. Il est question également de tenir compte, bien évidemment, des cadres régionaux et nationaux qui sous-tendent les politiques publiques de santé, tout en s'inscrivant dans les valeurs de la promotion de la santé, c'est-à-dire une modification de l'environnement social et politique, un renforcement des capacités d'actions individuelles et collectives pour agir sur les déterminants de la santé, une réorientation des systèmes de santé en faveur de la réduction des inégalités sociales de santé. Ceux qui fabriquent cette dynamique, nous, vous, sommes tous conscients d'être placés dans un contexte de politiques publiques de santé conçues et mises en musique à la fois aux niveaux national, régional et local. Nous sommes aussi conscients que les décisions politiques font l'objet de conciliations et d'équilibres entre le pouvoir national et les élus locaux. Ces pouvoirs ne sont pas tous de même facture et nous sommes conscients que cela détermine fortement la qualité et les résultats de ce que nous fabriquons.

Fabrique Territoires Santé, par cette première journée d'étude sur la territorialisation des politiques de santé, veut porter à votre réflexion les questions qui interrogent nos adhérents. Ainsi, il nous importe d'en savoir plus sur l'articulation de ces dynamiques territoriales vis-à-vis des politiques publiques de santé et sur leur rôle dans un système de santé qui se cherche encore, qui se cherche toujours d'une certaine manière.

Parce qu'il est en perpétuelle évolution, avec la stratégie nationale de santé, le plan national de santé publique, etc. Parce que le constat reste globalement le même. Par exemple, les inégalités sociales et territoriales sont toujours persistantes. La prévention et la promotion de la santé sont, de mon point de vue, faibles au regard de la puissance des systèmes de soins. La démocratie sanitaire est toujours en chantier. Mais à la limite, elle sera toujours en chantier. Nous avons vu dans la politique de la ville que la participation des habitants est toujours en chantier. Cela ne veut pas dire que nous ne réussissons pas. Les déterminants environnementaux qui dominent s'articulent autour des questions de santé et d'environnement, de plus en plus. Il y a un contexte institutionnel qui est marqué par la puissance régionale des ARS, et des collectivités territoriales qui, malgré leurs engagements de plus en plus repérables et reconnus, ont parfois de la peine à trouver une place et un rôle.

Puis, mais je ne vous les déclinerai pas, dans ce contexte, il y a une myriade d'acronymes dans lesquels il n'est parfois pas aisé de se retrouver, PRS, CRSA, CTS, CPTS... on sent bien ces temps-ci qu'on a du mal à voir comment tout cela s'articule. Mais il y a aussi des constats plus positifs. Il y a un développement de dynamiques et d'actions locales qui réussissent et c'est notre sujet. Nous avons quand même des politiques nationales qui sont plus affirmées. La stratégie nationale de santé et le plan national de santé publique affichent la prééminence de la prévention et la lutte contre les inégalités de santé. Tant mieux. En même temps, nous sommes toujours prudents parce que cela a toujours été comme cela. Nous espérons que cela va tenir. Puis, et nous le disons tout le temps, il y a des viviers de jeunes professionnels en devenir dans les Ateliers santé ville, les contrats locaux de santé, les maisons de santé pluri-professionnelles, et bien d'autres choses encore. Il faut les soutenir.

Les questions sur la territorialisation des politiques de santé portées à notre étude sont nombreuses et vont se diviser en deux séquences distinctes. Quelle place est concédée à la fabrique des dynamiques territoriales de santé par les institutions ? Comment les initiatives locales se concilient avec les plans nationaux et régionaux ? Comment font-elles pour innover, en étant fortement déterminées par des contextes locaux ? Ces dynamiques territoriales de santé sont-elles considérées comme productrices de cadrage politique en matière de santé ? Et si oui, comment ? Du coup, comment et sur quels fondements conceptuels, voire idéologiques, les rôles et les prérogatives se distribuent-ils entre l'État et ses agences, qui sont garantes des politiques de santé, et le reste du

monde local (milieu associatif, habitants, usagers...) ? En même temps, comment le fonctionnement des gouvernances locales est-il partagé ?

C'est tout cela que nous avons envie de porter et nous avons donc fait appel à des chercheurs en sciences sociales. Parce que le lien avec la recherche fait aussi partie de notre politique associative. Ces deux temps seront animés par Arnaud Wiehn, vice-président de Fabrique Territoires Santé. Il y a donc une première séquence, à l'image du Petit Prince, intitulée « dessine-moi une territorialisation des politiques de santé ». Renaud Epstein et Mélanie Philippe vont interroger les contrats offerts par les politiques de santé. Cette séquence sera suivie attentivement par deux grands témoins, Agnès Bensussan, membre du conseil d'administration de la Fabrique et coordinatrice d'un conseil local de santé mentale, et Riva Gherchanoc, élue santé à la ville de Montreuil et représentante d'Élus, Santé publique et Territoires. Puis, une deuxième séquence, « politique territorialisée ou territorialisation des politiques publiques ? », va interroger le va-et-vient permanent entre le local et le national, et les questions de gouvernance. Nous aurons Marina Honta, sociologue, et Véronique Lucas Gabrielli, géographe de la santé. Là encore, et deux grands témoins : Catherine Richard, qui est à l'origine des Ateliers santé ville et Frédéric Jacquet, médecin de santé publique. Cette journée n'aurait pas pu être possible sans le travail du bureau, du conseil d'administration et de l'équipe permanente de Fabrique Territoires Santé, et également le soutien des financeurs, dont le Commissariat général à l'égalité des territoires, Santé publique France et la Direction générale de la santé.

J'espère que les questions posées trouveront des réponses. En tout cas, il est important pour nous que vous soyez là. Je vous souhaite une bonne journée de travail. N'oubliez pas que cette journée d'étude sera aussi suivie par notre assemblée générale.

⇒ **Francis Bouyer**,
sous-directeur de la cohésion et du développement social
à la direction Ville et cohésion urbaine (DVCU), CGET

Francis Bouyer, sous-directeur de la cohésion et du développement social à la direction ville et cohésion urbaine (DVCU/CGET), remercie les administrateurs de la Fabrique territoires santé pour leur invitation à l'ouverture de cette journée nationale d'étude dédiée à la territorialisation des politiques de santé soutenue par le CGET. Il précise que suite aux engagements présidentiels du discours de Roubaix-Tourcoing du

13 novembre 2017, sur l'offre de soins et la prévention dans les quartiers politique de la ville (maisons et centres de santé, service sanitaire), le CGET, aux côtés du ministère des Solidarités et de la Santé, est très attentif aux échanges et « croisements de regards » entre universitaires, praticiens et professionnels associatifs permis par ces rencontres aujourd'hui. M. Bouyer ajoute que cette mobilisation nationale pour les habitants des quartiers est un défi collectif, qui, dans le champ de la santé, pose l'enjeu du renforcement des articulations de l'ensemble des acteurs de la santé au niveau territorial (ARS, collectivités locales, acteurs associatifs, professionnels de santé...).

⇒ **Maryse Karrer,**
chargée de mission, Direction prévention et promotion
de la santé, Santé publique France

Je représente Sylvie Quelet, responsable de la direction prévention et promotion de la santé, qui n'a pas pu être présente aujourd'hui.

Santé publique France, l'Agence nationale de Santé publique, est issue du regroupement de l'InVs (Institut national de veille sanitaire), l'Inpes (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), l'Éprus (Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires). Officiellement créée par ordonnance et décret le 1er mai 2016, l'Agence est une structure d'expertise en santé publique, qui vient en appui des politiques publiques en santé publique, pour mieux connaître, expliquer, préserver, protéger et promouvoir la santé des populations et venir en appui des politiques publiques dans le champ.

Santé publique France intègre les missions des trois agences et en particulier celle de promotion de la santé, ce qui se caractérise dans notre organigramme par la présence d'une direction dédiée à la prévention et à la promotion de la santé.

Les actions de Fabrique Territoires Santé s'intègrent dans la programmation de Santé publique France dans le cadre d'une convention désormais pluriannuelle, ce qui apporte une sécurisation des projets et la possibilité de les programmer sur plusieurs années.

Fabrique Territoires Santé est pour notre agence un acteur très efficace et très important pour le développement des dynamiques territoriales de santé, dans une perspective de réduction des inégalités dans le domaine de la santé. Or, la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé est une priorité de notre agence, conformément à la stratégie

nationale de santé, et l'ensemble des programmes développés par Santé publique France vise à réduire ces inégalités sociales et territoriales de santé.

En effet, les dynamiques territoriales de santé mettent en musique plusieurs recommandations issues des travaux de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS (2007) et notamment en termes d'intersectorialité, par la coordination des acteurs de divers champs professionnels, le décloisonnement, le travail en réseau, d'une part. Ces dynamiques territoriales de santé s'appuient d'autre part sur le renforcement des démarches communautaires et la participation sociale. C'est notamment par ces caractéristiques que ces dynamiques territoriales participent à la réduction des inégalités sociales de santé.

Le programme de cette journée interroge l'articulation des acteurs et politiques de santé publique nationaux ou régionaux avec les dynamiques territoriales en santé. J'ai deux points à partager rapidement avec vous sur ce sujet.

Premier point. Si Santé publique France n'a pas vocation à intervenir au niveau territorial (dans les « quartiers prioritaires politique de la ville » ou les « territoires ruraux »), l'agence s'appuie toutefois sur ses représentants en région, les Cellules d'intervention en région (Cire) placées auprès des ARS. Ces cellules interviennent dans le champ de la surveillance épidémiologique et participent à l'alerte sanitaire au plus près du terrain, pour l'aide à la décision des politiques de santé. Elles viennent également en soutien des ARS pour l'évaluation des interventions de prévention et promotion de la santé et fournissent des données épidémiologiques utiles pour tous les acteurs locaux.

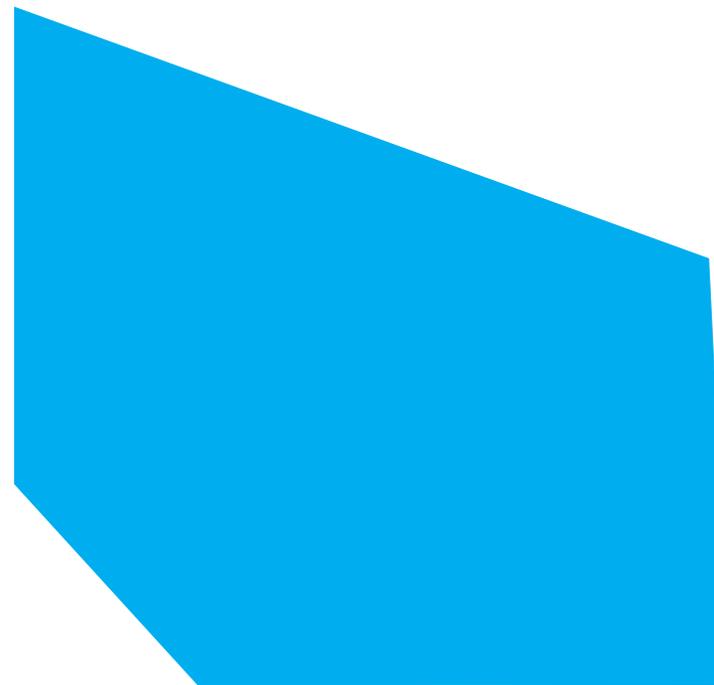
Le deuxième point. Je voudrais souligner, dans l'autre sens, combien les travaux que vous menez alimentent nos réflexions au niveau national, pour construire les politiques, mais également tout simplement pour mener des actions de promotion de la santé.

Par exemple, le Dossier ressources réalisé par Fabrique Territoires Santé « Dématérialisation et accès aux droits de santé » nous donne à réfléchir sur nos propres productions à destination du grand public à l'heure de prendre le « virage » du numérique et alimente notre réflexion sur la littérature en santé.

Autre exemple, le récent dossier consacré aux actions inspirantes dans le domaine de l'alimentation est pour nous une ressource importante dans la conception d'un outil d'intervention destiné aux professionnels

de l'aide alimentaire. Cette capitalisation d'expériences constitue pour nous un précieux matériau pour nourrir nos réflexions, répondre au mieux aux besoins des acteurs de terrain et ainsi remplir nos missions de développement de la promotion de la santé.

Ainsi, les productions issues des manifestations organisées par Fabrique Territoires Santé sont toujours d'un grand intérêt pour Santé publique France et nous serons très attentifs aux conclusions des échanges que vous allez avoir aujourd'hui.



SÉQUENCE 1

« DESSINE-MOI UNE TERRITORIALISATION DES POLITIQUES DE SANTÉ »

Renaud Epstein,

sociologue, maître de conférences en sciences politiques,
Sciences Po Saint-Germain-en-Laye

Mélanie Philippe,

consultante santé et territoires

Discutants:

Agnès Bensussan

coordinatrice CLSM

Riva Gherchanoc

élu(e) santé à la ville de Montreuil,

Élus, Santé publique et Territoires

Si la politique de la ville a été l'une des premières politiques contractualisées entre l'État et des collectivités territoriales, le recours aux contrats et appels à projets s'est généralisé comme instrument de management des politiques publiques. Qu'est-ce que cela signifie en termes de conduite des politiques publiques? L'égalité est-elle « contrat compatible »?

Comment celles-ci se sont-elles transformées, notamment avec la création des agences telles l'ARS, et ce faisant comment le rôle de l'État s'est-il aussi transformé: caution des priorités nationales, animateur, régulateur ou contrôleur? Quelle place ont ces nouveaux modes de gouvernance dans une logique de programmation régionale? N'assiste-t-on pas au renforcement de la mise en concurrence des territoires et des politiques publiques? Dès lors, dans ce contexte, comment s'organiser pour fabriquer des dynamiques territoriales de santé? Et de la santé..?

⇒ **Renaud Epstein,**
sociologue, maître de conférences en sciences politiques
à Sciences-Po Saint-Germain-en-Laye

Cela fait 25 ans que je travaille sur la politique de la ville. Je croyais avoir étudié tous ses dispositifs, mais je me rends compte qu'il y a un domaine que j'ai laissé dans un coin, c'est celui de la santé. Je vais donc vous proposer une lecture un peu générale de la politique de la ville et ses transformations, et au-delà me hasarder à proposer une lecture des transformations de l'action publique dans les territoires. Cette lecture renvoie à des dynamiques de transformation qui dépassent très largement la politique de la ville, qui résultent des réformes structurelles de l'État et des collectivités territoriales engagées depuis le début des années 2000. Cela me permet de dire des choses sur les dynamiques de territorialisation des politiques publiques en général, mais sans savoir si ces dynamiques se retrouvent dans le champ de la santé. Les échanges que j'ai pu avoir avec les organisateurs de cette journée me laissent penser que ces dynamiques générales se retrouvent dans le secteur sanitaire, mais je vous en laisse juger.

Dire que la politique de la ville constitue un prisme intéressant pour saisir des transformations générales de l'action publiques peut sembler paradoxal, tant la politique de la ville est marginale. Politiquement et budgétairement, cette politique dirigée vers les quartiers populaires a toujours été marginale et elle le demeure. Mais paradoxalement, elle a aussi été centrale dans les dynamiques de recomposition de l'action publique dans les années 1980 et 1990, au sens où elle a inventé un nouveau modèle pour la conduite de l'action publique dans

les territoires après la décentralisation, modèle qui a été adopté par de nombreuses politiques sectorielles.

La politique de la ville est aussi intéressante pour comprendre les choses parce que nous avons connu depuis le début des années 2000, à la faveur de la LOLF[•], de la RGPP[•], de multiples réformes de l'architecture institutionnelle des territoires. Comme toutes les politiques publiques, la politique de la ville a été impactée par ces transformations. Elle ne l'a pas été plus ou moins que les autres, mais elle fait l'objet dès 2003 d'une grande réforme qui l'a fait basculer avant les autres dans un nouveau régime de relations entre pouvoir central et pouvoir locaux, lié notamment au double processus d'agencification de l'État central et de retrait des services déconcentrés des territoires. Sous l'effet des réformes néomanagériales de

• Loi organique n° 2001-692 du 1 août 2001 relative aux lois de finances (https://www.performance-publique.budget.gouv.fr/sites/performance-publique/files/files/documents/ressources_documentaires_publications/guide_pratique_lolf/2012/guidelolf2012_1.pdf)

• Revision générale des politiques publiques (<http://www.vie-publique.fr/actualite/dossier/rgpp/revision-generale-politiques-publiques-coup-accelerateur-pour-reforme-etat.html>)

l'État et de l'approfondissement de la décentralisation, nous avons assisté à un retrait de l'État de la cogestion des territoires, qui s'accompagne très paradoxalement d'un retour de l'État dans la définition des politiques territoriales. Moins l'État est présent, plus il gouverne à distance ! C'est cela que les évolutions de la politique de la ville depuis 2003 nous aident à comprendre.

C'est cette transformation des relations entre État et territoires que je vais vous présenter, en me concentrant sur quelques instruments qui structurent de façon croissante ces relations : l'appel à projets, les labels et trophées, les bonnes pratiques. Ces instruments ont en commun de laisser les acteurs territoriaux absolument libres de faire ce qu'ils veulent. L'État n'impose plus rien ; au contraire, il vous incite à innover, à inventer de nouvelles solutions pour répondre aux problèmes complexes auxquels vous êtes confrontés dans les territoires. L'État vous laisse d'autant plus libre que ses administrations ne disposent plus de l'expertise nécessaire pour définir les solutions. Mais cette liberté croissante s'accompagne d'un encadrement budgétaire toujours plus ferme des collectivités et par l'introduction de mécanismes concurrentiels qui incitent les pouvoirs locaux à développer, en toute liberté, des actions qui vont dans le sens souhaité par le pouvoir central.

Pour commencer, je souhaite revenir sur le rôle joué par la politique de la ville dans les années qui ont suivi la décentralisation. Dans les années 1980, puis dans les années 1990, la politique de la ville a inventé un nouveau modèle d'action publique, permettant l'adaptation des politiques publiques à la nouvelle donne issue de la décentralisation. Les lois de décentralisation de 1982-83 avaient été formidablement pensées par les juristes de la DGCL[•] avec cette idée merveilleuse des blocs de compétences. Les communes s'occupent de l'urbanisme et des actions de proximité, les départements de la solidarité, la région du développement économique et de l'aménagement du territoire. Chacun son bloc de compétences, et cela évite d'avoir des problèmes de doublons, de concurrence et d'interférences et donc de traiter les enjeux de coordination. Évidemment, la réalité ne se conforme pas à cette logique juridique : les problèmes ne se laissent pas enfermer dans les découpages sectoriels ou territoriaux. Ils débordent des découpages, et les acteurs des territoires sont bien obligés de gérer les interdépendances. Construire des politiques dans les territoires, cela suppose toujours de coordonner, d'articuler des ressources, des compétences et des programmes qui relèvent d'institutions multiples.

• Direction générale de collectivités locales, rattachée au ministère de l'Intérieur

La décentralisation ayant mis fin au principe hiérarchique - la tutelle préfectorale - qui permettait d'organiser cette articulation, comment procède-t-on ? Comment faire travailler ensemble des collectivités qui sont juridiquement autonomes les unes des autres, fonctionnellement interdépendantes, et souvent politiquement concurrentes ? Et au-delà comment fait-on travailler ensemble, non seulement communes, départements, régions, mais aussi les multiples acteurs qui participent désormais à la mise en œuvre de toute une série de politiques publiques ? Parce que le mouvement que nous connaissons depuis le début des années 1980, et qui ne fait que s'amplifier, c'est la pluralisation de l'action publique. Dans tous les secteurs, jusqu'aux plus régaliens, les parties prenantes de l'action publique se sont multipliées et diversifiées. Et il faut donc parvenir à faire travailler ensemble une multiplicité d'acteurs publics et privés, qui sont indépendants les uns des autres. La coordination est devenue un enjeu central de l'action publique territoriale, et c'est la politique de la ville qui a inventé la réponse à cet enjeu, sous la forme d'un triptyque instrumental : diagnostic, projet, contrat.

L'élaboration d'un diagnostic territorial permet de mettre tous les acteurs autour de la table, pour qu'ils apportent chacun leur regard sur les problèmes du territoire, avec justement l'idée qu'il n'y a plus de monopole sectoriel dans la formulation des enjeux, qu'il faut en passer par une formulation collective des problèmes, mais aussi par une identification collective des ressources. Parce que désormais, construire une politique publique, ce n'est pas simplement formuler le problème. C'est identifier et être en capacité de mobiliser des ressources qui sont elles-mêmes fragmentées. C'est cela, le diagnostic.

Ensuite, il y a le projet. Sur la base du diagnostic formulé, il s'agit de s'assurer que tous les acteurs qui sont autour de la table s'entendent sur une vision commune du devenir du territoire et sur des orientations communes pour l'atteindre. Enfin, le dernier temps, c'est le contrat par lequel tous les acteurs formalisent leurs engagements. On sait bien que ces contrats (contrat de ville, contrat local de sécurité, contrat local de santé, etc.) n'ont pas de valeur juridique. Ils ne sont pas opposables au préfet quand l'État ne tient pas ses engagements ! Mais ils ont une valeur d'engagement politique. En signant un contrat, tous les acteurs s'engagent à revenir, chaque année, autour de la table contractuelle. C'est à cela que servent les contrats territoriaux : à s'assurer que tous les acteurs continuent à échanger sur le territoire et leur contribution au projet, à ne pas quitter la table s'il y a désaccord.

C'est en s'appuyant sur ces trois instruments, le diagnostic, le projet et le contrat, que la politique de la ville a cherché à organiser le partenariat. Le diagnostic permet un alignement cognitif, le partage d'une vision commune des problèmes et des ressources. Le projet organise un alignement stratégique, pour que tous les acteurs s'entendent sur les orientations que chacun va poursuivre au titre de ses compétences propres. Enfin, le contrat permet un alignement opérationnel : tous les ans, on se met d'accord pour agir, au moins pour se retrouver pour dire ce qu'on fait, les uns les autres.

La politique de la ville, je l'ai déjà dit, est une politique marginale, visant des territoires marginaux et portée par des acteurs marginaux. À la marge de l'action publique, elle a inventé ce triptyque instrumental qui a permis d'aligner les acteurs autour d'une même lecture des enjeux, d'une même stratégie et d'un cadre pour l'opérationnaliser. Et progressivement, ce qui s'est construit à la marge est devenue la norme. Au fil des années 1990, l'approche et les instruments de la politique de la ville sont diffusés dans l'ensemble des politiques sectorielles, y compris la santé ! Vous voyez bien ce qui se joue à travers cela. C'était une transformation assez radicale par rapport à ce qu'était historiquement le mode de construction des politiques en France. Historiquement, l'action publique locale consistait dans la déclinaison des normes nationales de façon indifférenciée. La même norme définie dans les bureaux des administrations centrales s'appliquait dans tous les territoires. Là où nous étions dans une approche qui était purement sectorielle, la politique de la ville nous propose une approche transversale, globale. Là où nous avions un modèle hiérarchique, nous avons une logique beaucoup plus horizontale, contractuelle entre collectivités et services déconcentrés, tous les partenaires. Bref, c'est vraiment un nouveau modèle d'action publique qui s'est construit autour de la politique de la ville et qui s'est diffusé dans l'ensemble des politiques publiques.

Ce modèle relève désormais en grande partie du passé. En tout cas, il est très largement concurrencé depuis le début des années 2000 par un nouveau modèle de construction des politiques publiques, qui s'est déployé précocement dans la politique de la ville avec le lancement du programme national de rénovation urbaine en 2003 et qui s'est étendu depuis dans de nombreux autres champs de l'action publique, à la faveur du profond mouvement de réforme de l'État. Dans le sillage de la LOLF votée en 2001, les réformes d'inspiration néo-managériale se sont multipliées, qui ont conduit à une recomposition des administrations étatiques, fragmentées en agences monotâches chargées d'un

programme précis organisé autour d'objectifs de performance, à une résidualisation de l'État déconcentré, et à de grandes transformations dans les relations entre État et territoires.

La réforme de la politique de la ville conduite en 2003 par Jean-Louis Borloo est assez emblématique de cette transformation. Tout d'abord, avec cette loi, les objectifs de politique de la ville ne sont plus définis localement, dans la négociation contractuelle entre État local et collectivités mais au niveau national. Ils sont arrêtés dans la loi, qui fixe pour objectif à la politique de la ville de réduire les écarts statistiques entre 750 zones urbaines sensibles (ZUS) et leur environnement. Cet objectif général est décliné dans une batterie d'une soixantaine d'indicateurs dont le suivi est assuré par un observatoire national.

Mais la loi ne se limite pas à l'énonciation des objectifs de la politique de la ville. Elle définit aussi ce qu'il faut faire pour les atteindre, en rabattant la politique de la ville sur un programme de rénovation urbaine piloté par une agence nationale. L'approche globale qui avait guidé la politique de la ville laisse place à une approche purement sectorielle, centrée sur la démolition-reconstruction, pilotée par une agence monotâche chargée d'un programme et d'un seul, sans considération pour l'articulation entre ce programme d'aménagement et les autres politiques mises en œuvre dans les quartiers.

L'Agence nationale pour la rénovation urbaine (ANRU) n'est pas tenue de s'inscrire dans les contrats de la politique de la ville. Elle va au contraire mettre en place de nouveaux instruments pour organiser la déclinaison de son programme, sans lien avec les contrats et les acteurs traditionnels de la politique de la ville. Le premier de ces instruments, qui s'est depuis généralisé dans un grand nombre de politiques territoriales de l'État, c'est l'appel à projets. L'appel à projets est un instrument magique, à la fois parfaitement respectueux de l'autonomie locale, et d'une redoutable efficacité pour guider l'action des acteurs locaux. Quand l'État ou une de ses agences lance un appel à projets, il n'impose rien aux acteurs locaux qui sont libres d'y répondre ou pas, et libres de définir le contenu de leur projet. Mais dans le même temps l'appel à projets organise une mise en concurrence des territoires pour l'accès aux ressources nationales. Et comme les budgets ne sont pas illimités, tout le monde a vite compris les règles du jeu : si vous ne proposez pas des projets qui répondent précisément aux attentes de l'agence, voire d'aller au-delà de ces attentes, vous ne serez pas sélectionnés. Dans le cas de la rénovation urbaine, tous les crédits nationaux dévolus à l'aménagement dans les ZUS ont été réunis dans le guichet unique de

l'agence, qui a disposé d'un budget de 12 milliards d'euros. Les élus locaux et les bailleurs sociaux se sont retrouvés confrontés à une alternative simple : soumettre à l'agence nationale un projet qui répondait précisément à ses attentes ou renoncer à tout travaux dans les quartiers pendant de longues années. Car ceux qui ont soumis un projet dans lequel ne figuraient pas les démolitions massives promues par l'agence se voyaient recalés, invités à soumettre un nouveau projet. Ils étaient ensuite contraints de patienter de longs mois dans la file d'attente, au risque d'arriver au guichet après tous les autres et de bénéficier de crédits plus limités. Peu de villes ont pris ce risque, préférant développer, en toute liberté, des projets qui se conformaient aux attentes nationales.

L'appel à projets présente un second intérêt pour l'État : il lui permet de s'appuyer sur les capacités d'innovation et l'expertise des collectivités, capacités qui ont largement disparu des services de l'État au cours des dernières décennies. Élaborer de nouvelles politiques, définir des projets et des actions innovantes suppose de disposer d'une expertise, tant sur les problèmes que sur les solutions. Or cette expertise qui était, jusqu'à la décentralisation, le monopole de l'administration étatique, tend désormais à être disséminée au sein des territoires. L'appel à projets permet à l'État de mobiliser cette expertise qu'il ne possède plus. Le mécanisme de l'appel à projets (ou de l'appel à manifestation d'intérêt) a sur ce plan un caractère magique pour un État qui n'a plus ni l'autorité nécessaire pour imposer ses solutions, ni l'expertise pour les définir. La mise en concurrence des territoires pour l'accès aux ressources nationales permet non seulement à l'État de peser sur les agendas et sur les priorités des acteurs territoriaux, mais aussi de s'appuyer sur l'expertise et la capacité d'innovation territoriale, en faisant remonter des actions, des expériences qui vont ensuite être labellisées, modélisées, érigées en « bonnes pratiques » que les autres territoires devront imiter.

Un appel à projets, c'est un instrument de gestion de la pénurie qui permet à un État impécunieux d'agir de façon ciblée sur un nombre limité de territoires. Mais c'est aussi un instrument qui permet à l'État de se doter d'une capacité d'élaboration de nouvelles politiques, fondées sur la mise en circulation des « bonnes pratiques » développées par quelques villes. Ce mécanisme de diffusion nationale des expériences modèles est d'autant plus efficace qu'il n'apparaît pas, de prime abord, comme normatif : l'État n'impose rien aux collectivités ; il se contente de mettre en avant les expériences de quelques villes.

Les appels à projets et les « bonnes pratiques » relèvent de la catégorie des instruments « soft » de gouvernement, à l'inverse des instruments

traditionnels de l'action bureaucratique, du « command and control » comme disent les britanniques. Mais ces instruments soft, purement incitatifs, produisent des effets hard ! Il en va de même d'autres instruments incitatifs privilégiés par les réformes néomanagériales, que vous connaissez bien dans le secteur de la santé : les indicateurs de performance, et tout l'appareillage qui les entoure (benchmarking, reporting, monitoring, audit, etc.). Ces instruments de pilotage par les chiffres participent du même mouvement qui conduit à ce que vous, les acteurs locaux, internalisiez vous-mêmes un certain nombre d'objectifs, de références sans qu'on ait besoin de vous les imposer de manière autoritaire.

Pour résumer, il me semble que les réformes institutionnelles qui se sont accumulées depuis le début des années 2000 ont organisé le retrait de l'État de la cogestion territoriale. Le régime contractuel sur lequel s'était fondé la politique de la ville relève du passé. Certes, il y a toujours des contrats de ville, des contrats locaux de sécurité, de santé, etc. Mais il suffit de regarder le périmètre de ces contrats. Nous ne sommes plus du tout dans la forme et l'ambition contractuelle des années 1980 et 1990. Et on n'y reviendra pas, car ces contrats s'appuyaient sur des services déconcentrés qui sont en état de décomposition. L'approfondissement de la décentralisation puis la réforme de l'administration territoriale de l'État conduite dans le cadre de la RGPP ont organisé un mouvement de reconcentration de ces services de l'échelon départemental vers le niveau régional. L'affaiblissement des services déconcentrés départementaux, qui avaient toujours été le niveau fort d'opérationnalisation des politiques de l'État et du partenariat avec les collectivités, ne laisse pas imaginer un retour aux partenariats du passé. De fait, l'État s'est retiré de la cogestion des territoires. Il s'est d'ailleurs retiré physiquement d'un certain nombre de territoires, au fur et à mesure de la réforme des cartes judiciaire, de santé, etc. L'État s'est retiré de la cogestion, pour déléguer aux territoires, aux villes notamment, la mise en œuvre et la mise en cohérence d'un nombre sans cesse croissant de politiques publiques. Ce ne sont plus les préfets qui font l'articulation transversale des politiques publiques. Ce sont les territoires qui sont chargés de le faire.

Les collectivités et leurs partenaires territoriaux sont donc désormais en première ligne pour élaborer les politiques publiques, en toute autonomie vis-à-vis de l'État. Mais cette autonomie croissante s'accompagne d'un renforcement continu des contraintes qui pèsent sur les acteurs territoriaux, en particulier de la contrainte budgétaire. Plus cette contrainte budgétaire est forte, plus les instruments incitatifs de type

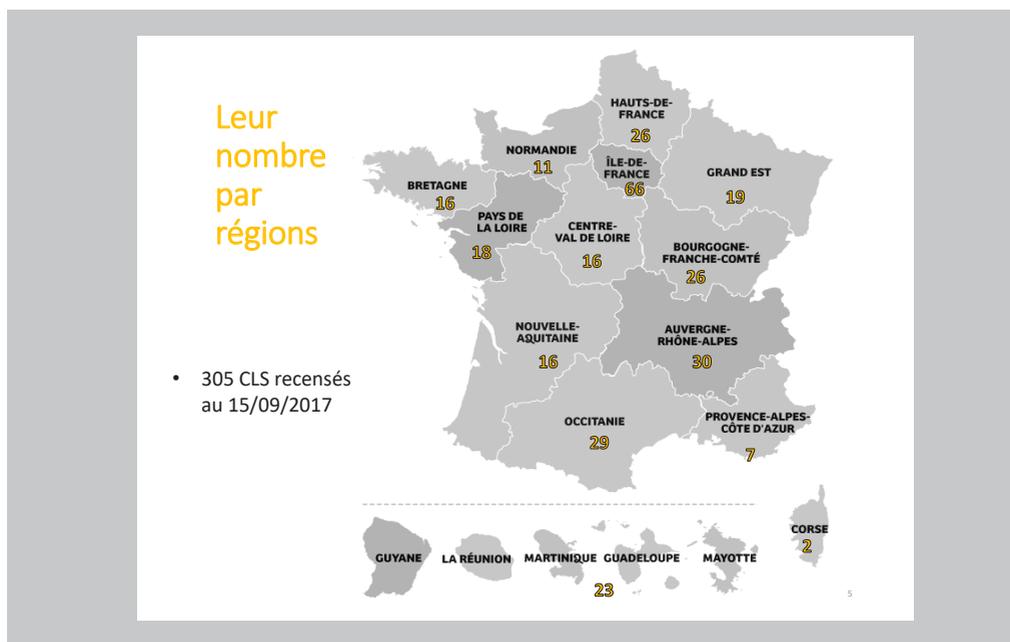
appel à projets deviennent efficaces. Moins vous avez d'argent, plus les mécanismes d'allocation concurrentielle de crédits exceptionnels sont efficaces pour peser sur les choix locaux. Paradoxalement, l'autonomie croissante des collectivités vis-à-vis de l'État permet à ce dernier de piloter à distance leur action, en prenant appui sur de nouveaux instruments de pilotage fondés sur la mise en concurrence et la valorisation des pratiques. Ces instruments lui ont permis de retrouver des capacités d'orientation, de mobilisation de tous les acteurs territoriaux. Car ceux-ci ont vite compris les nouvelles règles du jeu : si vous n'êtes pas capables de vous mobiliser collectivement dans les territoires, de porter d'une seule voix une réponse à un appel à projets, d'autres territoires vous passeront devant pour l'accès aux budgets nationaux. Plus la contrainte budgétaire est élevée, plus l'incitation à coopérer territorialement est importante. Nous avons donc un État qui n'est plus là, qui n'est plus dans les territoires, mais il a retrouvé des capacités de pilotage, de gouvernement à distance, pour le pire ou pour le meilleur.

⇒ **Mélanie Philippe,**
chargée d'étude nationale sur les contrats locaux de santé

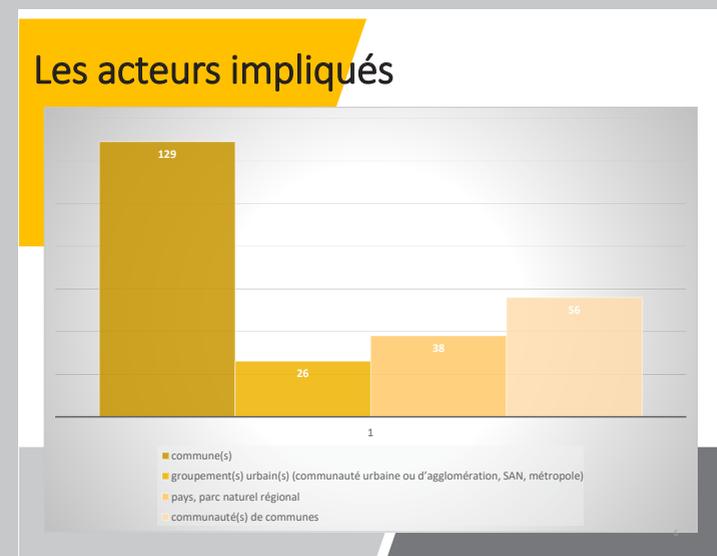
En deux mots et pour contextualiser un peu mon étude et ma réflexion, j'ai été coordinatrice CLS et coordinatrice de ce qu'on appelle les pôles de santé, qui redynamisent les territoires souffrant de «pénurie» médicale. J'ai été confrontée au quotidien aux mêmes problématiques que vous. Je me suis dit qu'il y avait des choses que je voulais différentes. J'ai donc entrepris un cursus dans une école de politique et gestion territoriale, et je suis arrivée avec un projet d'étude au ministère de la Santé. Je leur ai proposé d'étudier le management territorial des politiques de santé et les effets pour la santé des populations des déficits managériaux. J'ai passé quelques semaines à identifier les divers interlocuteurs régionaux et ensuite, j'ai pu construire avec eux un plan d'étude, etc. Je passe sur ce point, nous allons vite rentrer dans le vif du sujet.

J'ai mené pour la Direction générale de la santé une réflexion sur les contrats locaux de santé, leur processus de contractualisation et leur organisation.

Sur les résultats de l'étude, il y a donc 305 contrats locaux de santé, sur tout le territoire, avec une excellente performance pour l'Île-de-France, qui néanmoins peut être atténuée considérant la couverture populationnelle. Puisque les populations des territoires qui sont finalement mieux couvertes par les contrats locaux de santé sont les territoires d'outre-mer.



Parmi les acteurs impliqués, vous trouvez les agences régionales de santé, les collectivités territoriales, avec des niveaux d'implication assez différents en fonction des contrats. Le périmètre des contrats locaux de santé est plutôt celui des communes, avec néanmoins un phénomène glissant, du fait de la loi NOTRe: progressivement, le périmètre des contrats locaux de santé s'est étendu des communes aux intercommunalités.



Les acteurs impliqués 2/3

extraction 15/06/2017		extraction 15/09/2017	
	%		%
Communes	55	Communes	50
Groupements urbains	8	Groupements urbains	10
Communautés de communes	17	Communautés de communes	21
Pays, parc naturel	10	Pays, parc naturel	15
Non renseigné	10	Non renseigné	4

- Recul des communes au profit des porteurs de territoires étendus : groupements urbains, communautés de communes et pays.
- Une tendance à consolider?

Mélanie PHILIPPE - consultante santé et territoire

Les acteurs signataires 3/3

Moyenne de 5 signataires par contrats (de 2 à 52)

Détail des signataires	Oui	Non	Non renseigné	
Conseils départementaux		93	123	40
Caisses et mutuelles		84	134	38
Structures de santé, Etablissements de santé		46	167	43
Conseils Régionaux		46	173	37
Rectorat – éducation nationale		36	169	51
Services de l'Etat, préfets		29	189	38
DRJSCS		28	178	50
Représentants usagers		9	199	48
Structures d'exercice coordonné (maison, pôle, centre de santé)		13	194	49
Représentants URPS		6	200	49

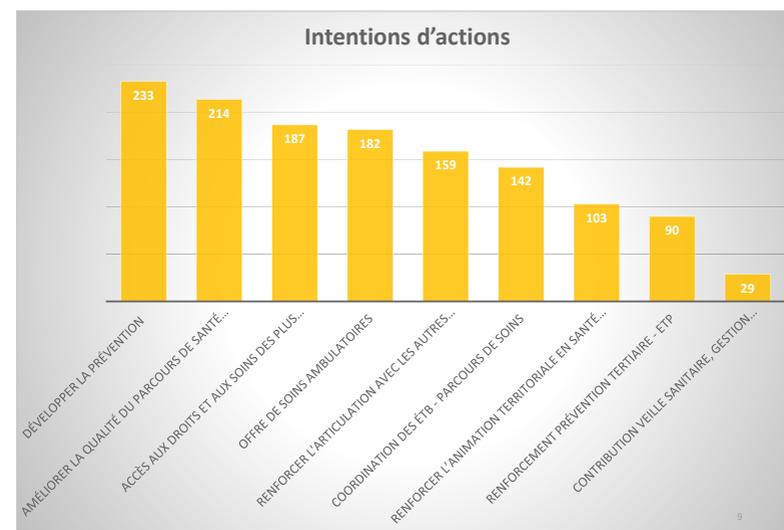
Mélanie PHILIPPE - consultante santé et territoire

8

Parmi les acteurs signataires, vous trouvez les conseils départementaux, les caisses et mutuelles, les structures de santé, le conseil régional, le rectorat, les services de l'État et le préfet. En revanche seulement neuf contrats comptent comme signataire des usagers, des citoyens, des personnes qui représentent les intérêts des habitants du périmètre des contrats. Les structures d'exercice de soins coordonné sont signataires pour moins de 13 contrats.

Pour la plupart des CLS, et c'est sans surprise, la première intention d'action est le développement de la prévention, au sens très général. Il y a ensuite l'amélioration de la qualité du parcours de santé des personnes. Puis la question de l'accès aux droits et aux soins des populations les plus vulnérables, les plus exposées. Enfin, il y a l'offre de soins ambulatoires. Le renforcement de l'articulation avec les autres politiques territoriales, l'urbanisme ou les outils de management des risques territoriaux, ne vient que dans le cadre d'un contrat sur deux. La question du renforcement de l'animation territoriale en santé, la question de la pérennité des emplois qui ont été créés, c'est moins d'un contrat sur trois.

Les thèmes retenus



9

Concernant les intentions d'action en matière de prévention, la santé mentale, et notamment avec le dynamisme des conseils locaux de santé mentale, intervient dans plus d'un contrat sur deux. On trouve aussi la lutte contre les pratiques addictives, la lutte contre les troubles du comportement alimentaire. Viennent, dans moins d'un contrat sur trois, l'habitat, la contraception, la sexualité, etc.

Focus sur la prévention



Mélanie PHILIPPE - consultante santé et territoire

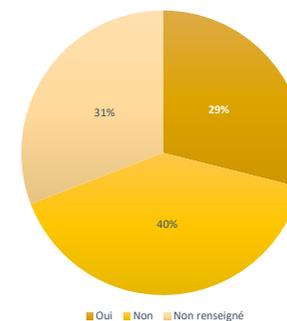
10

Dans ce diagramme sont formulées clairement les intentions et les non-intentions d'action, dans le cadre des contrats locaux de santé. C'est intéressant. Cela veut dire que dans le cadre des contrats locaux de santé, dans le cadre de ce qui est inscrit sur trois ans, de ce qui a été contractualisé avec les différents partenaires, il a été retenu par exemple que pour un contrat sur trois, on ne traiterai pas de vaccination ou de risque infectieux.

Rentrons maintenant dans le détail du processus de contractualisation et dans l'étude du profil des chefs de projet, des animateurs de ces contrats. Pour un contrat sur trois, un projet local de santé existait au préalable. Une démarche de sensibilisation des élus a été réalisée dans 73% des cas. Dans 7 contrats sur 10, on trouve un protocole préalable posant (ou non) notamment le rôle que tiendrait chacun sur les phases de diagnostic, de contractualisation et de mise en œuvre. Plus rarement,

Le processus de contractualisation 1/5

Pour 1/3, un projet local de santé au préalable



- Une démarche de **sensibilisation des élus** dans 73% des contrats,
- Dans 7 CLS sur 10, un **protocole préalable**.

Mélanie PHILIPPE - consultante santé et territoire

12

Le processus 2/5

Projet et programmation

- 88% comptent un programme d'action,
- La plus ambitieuse « programmation » observée faisait état de 92 actions,
- Réalisation de 10 à 15 actions par contrats.

Mélanie PHILIPPE - consultante santé et territoire

13

les signataires se sont projetés sur et au-delà de ces trois premières années, pour savoir s'ils attacheront durablement une stratégie, une dynamique à un territoire. 88% des CLS comptent un programme d'actions. Cela veut dire que 12 contrats sur 100 au-delà des phases de diagnostic et projet, ne se sont pas projetés sur une programmation. La plus ambitieuse programmation observée faisait état de 92 fiches actions. Pour les dynamiques les plus avancées et matures sur leur projet, on arrivait rarement au-delà d'une dizaine d'actions réalisées sur trois ans.

Le processus 3/5

Planification budgétaire

- Un principe : les CLS ne font majoritairement pas l'objet de financement sanctuarisé,
- Engagement financier de la part des intercommunalités dans 58% des contrats,
- Pour chaque action les porteurs de CLS doivent
 - ❖ se positionner sur les appels à projets
 - ❖ ou monter un plan de financement et des partenariats.
- Moins de 2/10 comptent un budget prévisionnel.

Mélanie PHILIPPE - consultante santé et territoire

14

tions. C'est donc dépendant de l'annualisation des budgets et tout autre événement qui peut survenir sur ces territoires. Moins de 2 contrats sur 10 comptent un budget prévisionnel. Concrètement, les acteurs qui, au moment de la contractualisation, signent un engagement, ne peuvent pas, ne souhaitent pas se projeter et dire que pour la réalisation de ce contrat, ils seront à même de proposer 3 000, 2 000, 500 €.

Le processus 4/5

• La mise en œuvre

- ❖ 6/10 ont élaboré un outil de suivi de mise en œuvre,

• L'évaluation

- ❖ Pas de schémas directeurs : évaluation des actions et évaluation du CLS,
- ❖ 7/10 prévoit d'évaluer leurs actions,
- ❖ 1/10 explicitement non,
- ❖ La moitié des CLS ayant prévu d'évaluer leurs actions sont allés jusqu'à arrêter les indicateurs.

Mélanie PHILIPPE - consultante santé et territoire

15

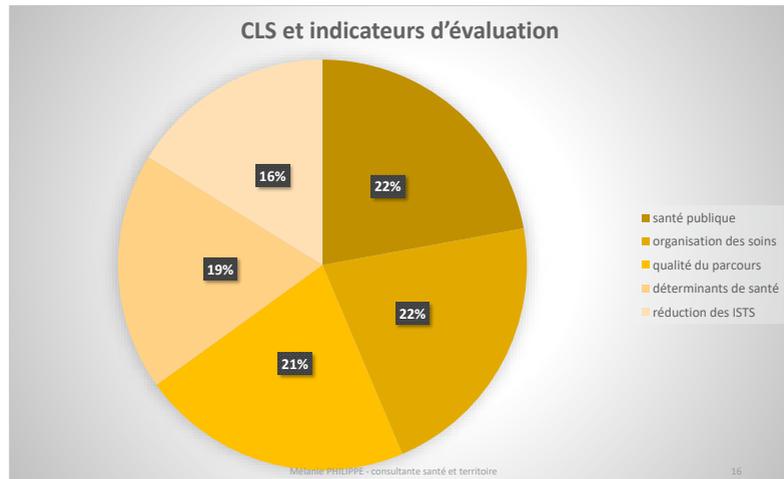
En principe les CLS et les autres contrats de management territorial des politiques de santé ne font pas l'objet d'un financement sanctuarisé et pérenne. Moins de 58% d'engagement de la part des communes ou des intercommunalités au moment de la contractualisation. Ce qui veut dire que pour chaque action, les porteurs de contrats locaux de santé doivent se positionner sur les appels à projets et/ou monter un plan financier, créer des partenariats, et négocier pour pouvoir mener leurs ac-

Sur la mise en œuvre, 6 contrats sur 10 ont élaboré un outil de suivi de mise en œuvre, un outil de gestion projet. 4 contrats sur 10 ne l'ont pas fait. Pour la plupart d'ailleurs, ce sont des outils fabriqués individuellement. Ce sont des tableurs sous Excel, le plus souvent. Cela va du suivi de l'action avec un calendrier pour certains jusqu'aux prémices des questions d'évaluation. C'est très hétérogène. Concernant l'évaluation,

puisqu'on commence à l'introduire, nous n'avons clairement pas de schéma directeur sur l'évaluation des actions, de la dynamique, des bénéfices des actions, du contrat dans son ensemble. Chaque territoire, chaque contrat s'est emparé de cette question sous un angle et fabriqué sa vision de l'évaluation. Néanmoins, 7 contrats sur 10 prévoient d'évaluer, d'une façon ou d'une autre, ce qu'ils font, ce qu'ils vont faire. C'est aussi parce que c'est souvent imposé dans le cadre des actions financées. 1 contrat sur 10 ne le fait pas explicitement. Pour des raisons diverses, on ne prévoit pas d'évaluer les actions.

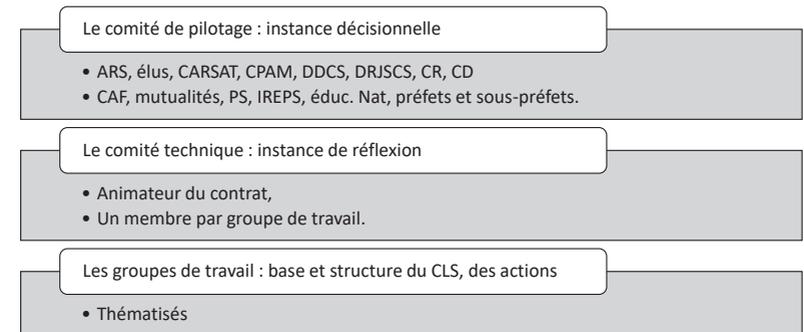
contextualisés ne pouvaient pas être coordonnés. Impossible donc de faire une comparaison. Néanmoins, j'étais très attendue sur ce sujet par la Direction générale de la santé. Ce que je leur ai donc proposé, c'était de pouvoir attacher à certaines thématiques tous les indicateurs que j'ai pu relever dans les actions et les programmations. Nous avons cinq thématiques : la santé publique, l'organisation des soins, la qualité du parcours, les déterminants de santé, la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, un cinquième pour tous. Mais en termes d'évaluation, il n'y a pas un champ plus investi plus largement que les autres.

Le processus 5/5



La moitié des CLS ayant prévu d'évaluer leurs actions sont allés jusqu'à arrêter les indicateurs. Il existe autant d'indicateurs que d'actions. Il y a encore plusieurs indicateurs d'articulation. Il y a tellement d'indicateurs et tellement de façon de prendre les choses, qu'il est difficile de pouvoir les agréger puisque les temps, les territoires, les éléments statistiques

Les instances des CLS



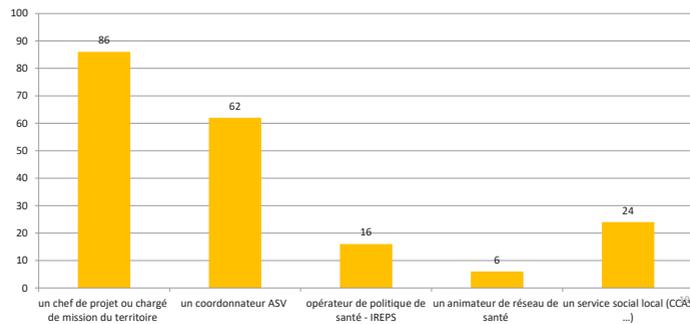
Concernant les organisations, pas de retour sur l'organisation nationale et sur les organisations régionales. En local, bien qu'il n'y ait pas eu de schéma directeur arrêté autre que les préconisations émises par le secrétariat général du ministère des Affaires sociales, au moment de la

promulgation de l'outil en 2009, nous trouvons sans surprise un comité de pilotage, un comité technique, des groupes de travail thématiques qui sont une base de réflexion et de discussion pour les contrats locaux de santé.

Le métier d'animateur du CLS

- 89% des CLS composant l'échantillon comptent une fonction d'animation et de coordination du contrat
- 182 emplois (ETP) consacrés à l'animation des CLS,
- La moitié des emplois tenus sont des créations de poste,
- < 1/3 des CLS l'animation assurée par le personnel des ARS.

>2/3 CLS, animation par :

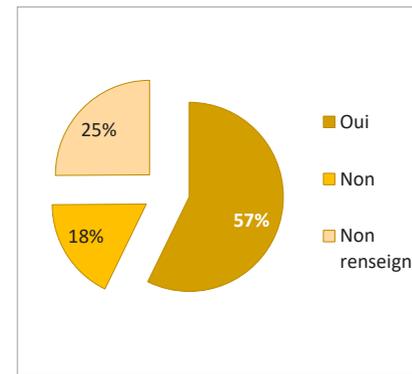


Je me suis interrogée sur le métier d'animateur du CLS, pour essayer de comprendre quel est le profil, quel est leur parcours de formation. Ils ont une formation supérieure avec des diplômes en santé publique, en gestion de projet, ou en management du social et de la santé. On a très peu de personnes issues de formations d'urbanisme et qui se sont investies dans les thématiques de santé alors que les ponts peuvent finalement être construits assez facilement. Le parti pris fait par les porteurs de projet, c'est, dans 99% des cas, d'introduire un nouveau professionnel, avec des statuts divers. Cela représente aujourd'hui 182

emplois (ETP) pour l'animation des contrats de santé sur les territoires. Beaucoup de postes sont des mi-temps ou des temps partagés. Pour un peu plus d'un tiers des contrats aujourd'hui, l'animation est assurée par du personnel des agences régionales de santé. Pour deux tiers, l'animation est confiée plutôt à des chefs de projet ou des chargés de mission, des personnes attachées sous le statut de contractuel à des collectivités territoriales ou des coordonnateurs d'ASV. Il y a quelques opérateurs d'IREPS, 6 animateurs de réseau de santé et 24 animateurs en service social.

CLS et autres outils de territorialisation des politiques de santé 1/2

Plus de 1/2 des CLS intersectent avec le périmètre d'autres outils



- ~ 134 contrats de ville
- ~ 474 quartiers prioritaires au titre PV
- ~43 territoires ruraux définis comme prioritaires

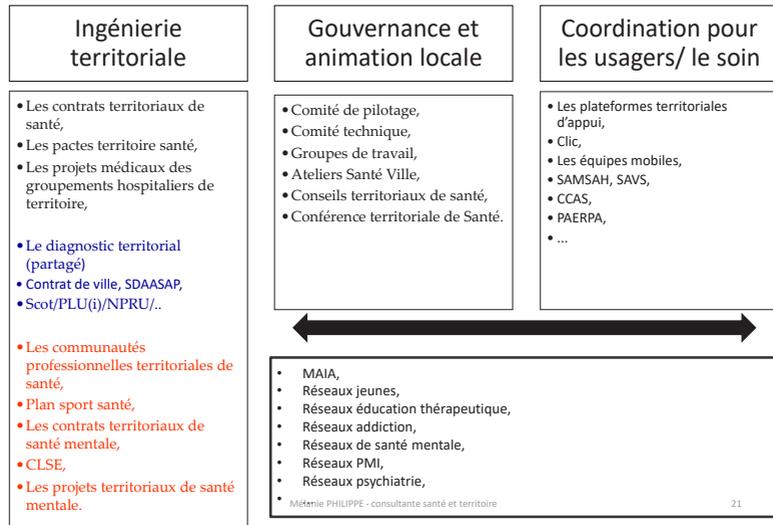
Mélanie PHILIPPE - consultante santé et territoire

20

Sur les contrats locaux de santé et les autres outils de management territorial des politiques de santé, voici un rapide inventaire des outils thématiques. Parce que quand on parle de coordination, on parle finalement de beaucoup de choses. Dans 57% des cas, les CLS intersectent avec le périmètre d'autres outils, contrat de ville, CLSM, CPTS, etc. Quand



CLS et outils 2/2



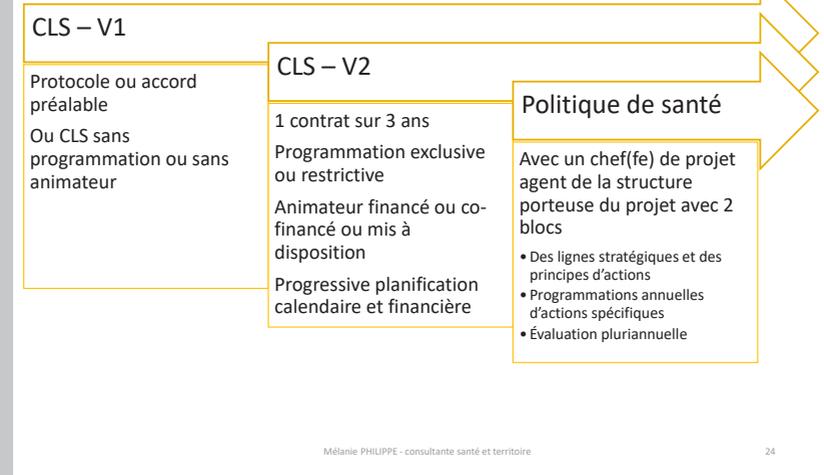
on parle de coordination, de quoi parle-t-on? On parle d'ingénierie territoriale, pour certains outils. Pour les personnes qui s'occupent de l'animation de ces contrats et de ces outils, on parle de gouvernance et d'animation locale, et on parle aussi de coordination de soins et de prise en charge pour les usagers, pour les habitants. Quand on parle de coordination sur les territoires, il y aurait de quoi s'y perdre. Mais nous parlons bien de tout cela finalement.

Quand j'ai livré mes conclusions, il était aussi question de savoir ce que nous devons faire des CLS au vu du plan d'égal accès aux soins des territoires et d'autres plans à venir. Nous nous demandions si concrètement, cela pouvait être un appui pour la déclinaison territoriale des intentions nationales, ou s'il fallait que nous prenions appui sur d'autres outils, notamment les CPTS. Il était finalement question de savoir ce que nous devons faire des CLS.

Plus de 80% des contrats locaux de santé sont aujourd'hui des contrats de première génération, ou juste un protocole préalable. Cela veut dire que les agences qui attendaient la nomination du nouveau gouvernement, qui attendaient les directions qui allaient être données dans la stratégie nationale de santé, pour ensuite revenir auprès de leurs partenaires territoriaux, pour réinscrire de nouveaux plans, vont se retrouver à renégocier l'intégralité des contrats. Certaines agences ont pris les devants et ont commencé à proposer des protocoles un peu étendus au-delà de fin 2017, pour s'inscrire sur une programmation cyclique, pour pouvoir commencer à s'inscrire dans une interrogation périodique avec chacun des partenaires et ne pas réinterroger l'intégralité des contrats en même temps. Alors que nous avons, à mon sens, à minima, trois niveaux de maturité des contrats.

Le premier niveau correspondrait aux protocoles, aux accords préalables, aux CLS sans programmation et sans animateur. Cela ne veut pas dire qu'il ne se passe rien, mais cela veut dire qu'il y a sans doute d'autres

En local : un outil en devenir

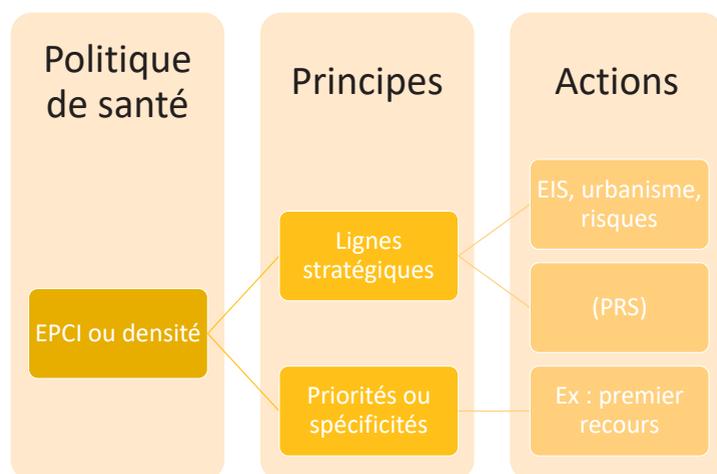


étapes préalables pour ces dynamiques. Viendraient ensuite les contrats d'une maturité intermédiaire avec des contractualisations sur trois ans, des programmations exclusives ou restrictives, et des animateurs financés, cofinancés ou mis à disposition par diverses structures, et incluant une progressive planification calendaire et financière. Il y a enfin les contrats les plus matures qui, au-delà de la contractualisation sur trois ans, ont réussi à inscrire la santé comme une politique territoriale, un des éléments du projet d'une organisation avec des chefs de projet qui sont agents, employés de la structure porteuse de ce contrat. La plupart sont constitués de deux blocs : d'une part des lignes stratégiques et des principes d'action, des espaces de discussion ouverts avec l'urbanisme, l'environnement, le développement économique, le social et le management des risques sur les territoires. D'autre part, des programmations annuelles spécifiques, discutées périodiquement, et évaluées de façon pluriannuelle. Vous trouverez schématisées les préconisations sur la façon dont peut se construire le squelette d'un contrat, en maturité finale.

M'appuyant sur ces éléments, j'avance que LE CLS n'existe pas. Il n'existe que DES CLS. Il y a une certaine hétérogénéité dans l'animation des outils, leur création et «l'empowerment» des acteurs. Mais

on ne peut pas dresser une typologie claire de ce qu'est un CLS et donc exclure ce qui ne le serait pas. La dissémination est indéniable, mais sa performance peut être discutée : 305 contrats sur huit ans, un outil couvrant moins d'un quart de la population et de grandes interrogations aujourd'hui sur sa coordination et sa complémentarité avec les autres outils de management territorial des politiques de santé. Je suis, par ailleurs, arrivée à une estimation d'un investissement national annuel représentant un euro par an et par habitant couvert par l'outil.

Les préconisations



Mélanie PHILIPPE - consultante santé et territoire

25

Éléments retenus

- Hétérogénéité dans l'animation de l'outil, la création et l'«empowerment» d'outils de conduite de projet,
- Dissémination,
- Difficultés que rencontrent les ARS dans l'homogénéisation de leur doctrine de contractualisation post fusion régionale,
- Sous-représentation, sous-implication des citoyens/usagers du système,
- La question du financement.

Mélanie PHILIPPE - consultante santé et territoire

23

La question la plus récurrente est enfin celle du financement. D'autres difficultés ne peuvent être tues : celle que rencontrent des ARS dans l'homogénéisation de leur doctrine de contractualisations post fusion régionale ; et enfin, la sous-représentation des citoyens, des usagers du système.

⇒ **Riva Gherchanoc,**
maire adjointe déléguée à la santé, l'égalité femmes/hommes
et la lutte contre les violences faites aux femmes,
ville de Montreuil;
représentante d'Élus, Santé publique et Territoires

Je vais partager avec vous la vision que j'ai en tant qu'élue, merci déjà pour ces compléments d'information. Comment vous dire les choses ? Effectivement, c'est une superposition de contrats qui s'entremêlent. Pour travailler en intersectionnalité, pour le dire comme cela, pour travailler avec les autres élus pour que la question de la santé puisse prendre une tout autre dimension, ce n'est effectivement pas très évident parce qu'on nous demande à la fois, en tant qu'élus, de nous spécialiser sur le secteur dont nous avons la responsabilité, mais également d'être généraliste. En tout cas, la première question à se poser, c'est de savoir quels sont les besoins en santé de la population. Je ne l'ai pas encore entendu ce matin. En fait, nous avons peu l'habitude de commencer par cette question. Parce que si nous ne nous posons pas la question de savoir comment nous répondons aux besoins en santé de la population, il est difficile effectivement de décliner et de déterminer à qui nous nous adressons, de définir la place des habitants et de la population, leurs besoins en santé. Nous sommes encore dans une articulation très institutionnalisée, que ce soit la place de l'État ou de la collectivité, avec vous, en tant que professionnels de santé ou exerçant dans les collectivités territoriales, ou moi, en tant qu'élue. Finalement, nous restons encore à un niveau de questionnement entre personnes qui ont déjà un certain niveau de connaissances en la matière. La participation des premiers concernés est donc toujours absente. C'est la première chose.

• La règle d'or budgétaire désigne un ensemble de conditions susceptibles de conduire au respect de l'équilibre du budget annuel d'un État ou d'une collectivité publique.

Aujourd'hui, nous sommes dans un contexte très particulier où, pour les plus grandes collectivités, la règle d'or budgétaire • doit s'appliquer. Pour cette première année, on nous demande «gentiment» de contractualiser avec l'État pour maîtriser nos dépenses de fonctionnement et pour contribuer encore à l'effort national. Les collectivités locales sont donc contraintes d'avoir un budget en équilibre, représentant quand même un soutien à l'investissement local qui n'est pas des moindres. Tout ceci est évidemment destiné à maîtriser nos dépenses de personnel. Donc si nous maîtrisons nos dépenses de fonctionnement, nous réduisons nos dépenses de fonctionnement, nous réduisons nos dépenses de personnel, on remet ainsi en cause la libre administration des communes. Là, ce n'est plus sur

un simple schéma de répartition des compétences entre les différents blocs connus, avec une amorce sur la fin des départements qui, en premier lieu, ont en charge l'action sociale. Qui va pouvoir s'en occuper ? Quand on réduit la place du service public et donc de l'emploi public, derrière, on remet encore en cause les politiques publiques pour les premiers concernés : la population locale, les habitants. La santé est l'une des premières politiques publiques visées, puisque si on remet en cause la libre administration de la commune, qui est quand même le socle institutionnel de la République, cela veut dire que l'État veut nous contraindre, à moyen ou long terme, à uniquement gérer des bâtiments communaux, l'état civil, etc. On nous répète suffisamment que les politiques de santé sont une compétence de l'État. Comment cela peut-il se décliner à plus long terme ? La ville de Montreuil soutient les centres municipaux de santé, cela veut dire qu'à terme, en réduisant les effectifs, ces centres municipaux de santé seront peut-être fermés ; or en Seine-Saint-Denis, ils représentent quand même 12 % de l'offre de soins du département. Il est déjà difficile de maintenir une offre de soins, de maintenir les médecins sur notre territoire quand ils partent en retraite et les hôpitaux aussi sont en difficulté.

Jusqu'où allons-nous par rapport à cela ? Renaud Epstein parlait effectivement des villes qui se sont autonomisées et du renforcement des contraintes, surtout financières. Là, ce n'est plus une histoire de contrainte. C'est un couperet qui est en train de se mettre en place. Comme cela, cela peut paraître éloigné de notre sujet de la journée, mais vraiment je vous interroge, parce que là, peu de maires ont décidé de mener la bataille politique. Ils pensent qu'ils vont arriver à négocier avec un préfet. Or, il n'y a que trois critères pour arriver à négocier 1,2 % d'augmentation de cadrage sur les charges de fonctionnement. Ce sont des critères complètement en dehors de nos réalités locales. Cela va de 1,2 jusqu'à 1,35 %, voire, sur les territoires extrêmement dépourvus, 1,6 %. La contrepartie, c'est que les communes auront droit à un petit bonus sur la question de l'investissement. On parlait de la mise en concurrence entre les territoires, avec en même temps un État qui régule... concernant ce petit bonus sur l'investissement, ce sera régulé notamment en direction de celui qui a mieux encadré que les autres. Tout ceci est absolument absurde. D'autant plus que les communes n'ont pas l'obligation de signer avec l'État. Derrière, cela veut dire que quand vous n'avez pas l'obligation de signer avec l'État, quand bien même vous auriez respecté le 1,2 %, vous n'avez pas de pénalités financières et de baisse sur la dotation globale de fonctionnement, contrairement à ce qu'on vous dit. Par contre, effectivement, on vous prive du bonus

sur l'investissement et aujourd'hui, tout doit passer par cela. Le système des appels à projets, c'est toujours une mise en concurrence renforcée du territoire parce que l'ingénierie, dont on rappelle sans cesse la nécessité... Qui met en place les projets ? Qui articule les projets entre les différents secteurs, si ce n'est justement le coordinateur, la coordinatrice ou tout autre professionnel ? Si nous ne pouvons pas les faire vivre, nous ne pouvons pas les mettre en œuvre. Il est facile d'écrire un projet, d'être sélectionné, mais après, comment faisons-nous ? Sur des territoires comme la Seine-Saint-Denis où nous arrivons à être entendus, des financements sont maintenus. Mais nous voyons bien qu'au niveau de la France, ce n'est pas aussi facile avec les agences régionales de santé et les départements.

L'importance de nos réseaux et de nos réflexions est capitale. Je ne peux pas vous cacher mon inquiétude parce que nous voyons bien qu'aujourd'hui, la parole des élus locaux, même si elle est entendue, en tout cas n'est pas écoutée. Il est question de savoir jusqu'à quand nous allons faire preuve de résistance par rapport à cela. Je crois quand même que cette parole collective autour de ces journées est absolument déterminante. Il ne faut pas croire qu'elle ne résonne pas au niveau le plus haut. Ceux qui sont en discussion avec nous voient bien qu'à un moment donné, nous sommes pris dans un étau et que nous y arrivons bon an mal an, mais qu'il y a quand même de plus en plus de choses qui coïncent.

Pour finir, dans les préconisations qui nous ont été présentées par Mélanie Philippe, il est écrit «EPCI ou densité». Là, je partage et je ne partage pas. Nous avons eu une discussion au sein du réseau des villes santé OMS, où nous considérons encore la ville comme la place première pour justement soutenir un service public de proximité, défendre des politiques publiques au plus près des besoins en santé de la population. Maintenant, il est vrai que sur certains secteurs, pour développer une politique en santé environnementale, ce n'est peut-être pas tout le temps l'échelle d'une ville qui est la plus pertinente. Nous nous posons la question. Le niveau des EPCI, ou pour nous, en région parisienne, les établissements publics territoriaux (EPT) dépendant de la métropole du Grand Paris, c'est zéro financement, puisque la santé n'est pas une compétence ciblée de ces EPT. En tout cas, ce n'est absolument pas pris en compte par les élus, qui rejettent cela tranquillement, mais sûrement parce qu'il n'y a pas d'argent dédié à cela. Un CLS ne doit pas être entièrement dédié, au niveau de sa gestion, au niveau des intercommunalités. Par contre, en termes de préconisations, c'était le terme de

densité qui était le plus intéressant, c'est de savoir comment, à la fin, on réfléchit au niveau d'un bassin de vie. Même si nous sommes toujours contraints au niveau de ce schéma institutionnel d'EPCI ou d'EPT. Du coup, il est question de savoir comment on articule certains contrats locaux de santé d'une ou de plusieurs villes au niveau d'un EPCI qui, lui aussi, pourrait peut-être mettre en place un autre type de contrat local de santé, pour articuler les deux. Mais pour le mettre en place à une autre échelle que la ville, ou pour pouvoir l'articuler entre un EPCI ou un EPT, et différents contrats locaux de santé, cela demande encore un être humain derrière, qui puisse l'articuler, l'animer et prendre le temps de tout corréliser pour que les politiques publiques puissent se compléter. La santé communautaire peut difficilement s'articuler dans un EPCI ou dans un EPT. Par contre, en termes de santé, d'urbanisme et d'environnement, il peut y avoir une autre échelle plus déterminante.

⇒ **Agnès Bensussan,**
administratrice de Fabrique Territoires Santé ;
coordinatrice CLSM

Au sein de Fabrique Territoires Santé, nous avons des attentes très fortes vis-à-vis de la mise en place des CLS. C'était un outil que nous appelions presque de nos vœux, en complément des démarches des Ateliers santé ville. Nous en attendions beaucoup de choses, d'une part au niveau de la gouvernance, de la mise en place d'une gouvernance partagée, et d'autre part, en termes d'effets leviers sur la construction de projets territoriaux de santé. Votre état des lieux m'interroge. J'ai envie de dire que si le CLS n'existe pas, à quoi bon le CLS ? Quelle lecture en faites-vous au niveau de la Direction générale de la santé ? La question que nous nous posons aujourd'hui, c'est de savoir si finalement, l'outil CLS, dans certains territoires où on nous dit qu'il est un contrat, un écrit et rien de plus, est autre chose que la somme écrite de ce qui existe déjà sur un territoire, notamment en termes de gouvernance et de financement. Au niveau des financements, vous avez parlé de la manière dont les acteurs doivent répondre à des appels à projets dans le cadre des CLS. Ce que beaucoup d'acteurs font déjà pour financer leurs projets. En termes de gouvernance, nous savons bien que le fait de se mettre autour de la table ne suffit pas à avoir une gouvernance partagée. Comment interprétez-vous cela ?

Quid de la participation des usagers ? C'est aussi quelque chose qui nous anime beaucoup au niveau de la Fabrique. Car il y a des dyna-

miques qui sont quand même assez intéressantes au niveau des CLSM, par exemple, où nous voyons qu'il y a des associations qui se mobilisent sur la santé mentale, et que nous essayons d'intégrer aux démarches CLSM. Il y a des questions qui se posent notamment autour de la prise en charge des frais de transport. À un moment donné, il faut créer les conditions pour rendre possible cette participation des usagers. Cela commence là. Est-ce que ce sont des questions que vous vous posez aujourd'hui ?

Il se trouve qu'avant d'être coordinatrice CLSM, j'ai été coordinatrice Atelier santé ville et il me semble qu'au niveau du métier, il y a une différence : nous ne sommes pas sur le même niveau d'interpellation des pouvoirs publics en règle générale. Au niveau de la coordination des ASV, il faut avoir des compétences pour mettre en synergie, faire travailler ensemble, donner envie de travailler ensemble de manière structurée. Une coordination CLS ou CLSM vient aussi, au-delà, questionner la manière dont fonctionnent les organisations autour de la table, y compris en interne. Aujourd'hui, quelle légitimité, quelle possibilité pour un coordinateur d'interpeller sur ces questions ? Il ne faut pas croire qu'un coordinateur, surtout vu les conditions dans lesquelles nous travaillons, va pouvoir dire, que ce soit à un élu, une ARS, une MDPH, ou au service cohésion sociale, « Écoutez, là, il faudrait quand même un peu plus de transversalité déjà chez vous ». Comment posons-nous donc ces questions-là ?

L'intervention sur le gouvernement à distance éclaire sur la manière dont les services de l'État essaient de continuer à intervenir et à garder la main, d'une manière ou d'une autre, dans le contexte décrit, marqué en particulier par la raréfaction des ressources. Après, et si au moins c'était aussi simple dans le domaine de la santé que dans le PNRU ? Dans le champ de la santé, ce qui se met en place, c'est de manière concomitante tout un tas d'outils qui s'ajoutent aux outils déjà existants (GHT, communauté professionnelle de territoire en santé, projets territoriaux de santé mentale, etc.), mais qui ne sont pas dans la main des mêmes acteurs. En gros, il y a les outils CLS, CLSM, ASV, avec une forte implication des collectivités. Puis il y a les outils qui sont plutôt dans la main du sanitaire. Du coup, il existe une espèce de mise en concurrence générale autour de tous ces outils qui fait qu'il est complexe d'avoir une gouvernance partagée autour d'un projet territorial de santé partagé.

En matière de santé, l'État reste très présent. Sur les territoires que je connais, il n'y a pas de CLS ou CSLM sur lequel les services de

l'État n'interviennent pas ou ne cherchent pas à intervenir. Du coup, la question qui se pose est plus celle de savoir comment arriver à articuler des démarches ascendantes et des démarches descendantes. Est-ce que les services de l'État ont des capacités d'apprentissage et d'évolution, pour intégrer ces démarches ascendantes ? Il y a un autre élément de contexte, c'est que par rapport à la rénovation urbaine, nous sommes sur plus de projets, mais moins coûteux. Il y a une multiplicité d'appels à projets (mutuelles, fondations, etc.) qui ne relèvent pas tous du public. C'est donc même le bazar au niveau des appels à projets, y compris pour avoir accès à l'information sur ce qui existe comme appels à projets, avec une gestion parfois un peu clientéliste, au moins de réseau, des destinataires de l'information. C'est donc vraiment extrêmement compliqué.

Par rapport aux travaux que vous menez, vous interrogez-vous aussi sur l'évolution des compétences à l'intérieur des organisations ? L'État animateur ou les collectivités pourvoyeuses de sens, cela a-t-il fait changer le périmètre des missions, le contenu des métiers ?

DÉBAT

⇒ **Mélanie Philippe,** chargée d'étude nationale sur les contrats locaux de santé

Concernant l'interrogation sur la variable permettant d'arrêter un périmètre à ces contrats, EPCI ou densité ne sont qu'une extraction des éléments de ma réflexion. Je suis rentrée dans le détail pour essayer de trouver des modèles économiques où finalement, un projet serait pérenne parce qu'il a un financement soutenable dans le temps pour toutes les organisations qui en dépendent. Je n'ai pas trouvé la solution. Ce sont encore des choses sur lesquelles je m'interroge, notamment au vu des tendances qui se profilent.

Existe-t-il une échelle, un périmètre d'organisation qui permettrait aux porteurs de projets de s'inscrire durablement et en confiance sur un projet? J'ai travaillé à partir des budgets que certains des porteurs de CLS m'ont envoyés, sans trouver de réponses pour l'instant. Il est question de savoir s'il est possible de proposer quelque chose aux porteurs de projets actuels qui se posent la question d'inscrire durablement les dynamiques. Avons-nous quelque chose, un modèle à proposer? Ils peuvent le critiquer, l'adapter. Est-ce que cela porte sur la densité? Est-ce que cela porte sur l'EPCI? Est-ce que ce sont des espaces qui vont être disputés entre ces deux variables ou avec d'autres?

Qu'est-ce qu'un CLS? Sous-entendu que tout ce qui n'en est pas serait exclu du « titre ». Mon analyse et ma posture ont été de dire qu'un CLS type n'existe pas. Il existe des projets, des dynamiques avec des degrés différents de maturité. Parmi mes préconisations, il y avait aussi des éléments sur la façon dont l'administration centrale s'est emparée du sujet ces quatre dernières années. Je leur ai donc livré ma vision, j'ai fait des préconisations sur l'intégration d'un chef de projet. Une personne qui serait un point d'ancrage pour les agences, mais aussi pour les autres services d'État, qui discutent les politiques de santé et qui commencent à interroger ce qui peut être financé et comment coordonner les flux financiers.

Concernant les niveaux d'interpellation, je vous rejoins complètement sur cette question des niveaux d'interpellation en fonction du contenu des actions. Les animateurs de contrat créent des espaces de discussion avec des interlocuteurs, à différents niveaux. La légitimité du coordinateur est aussi très attachée au porteur que vous incarnez. Sur la question

de la légitimité des coordinateurs CLS, d'abord, au niveau territorial, nous pouvons répondre que c'est très individu dépendant, dépendant de l'organisation créée, et du poids donné, en tout cas des appuis. C'est une chose que d'envoyer un petit mail depuis le site des associations, c'en est une autre que de recevoir un courrier officiel d'un élu qui présente un projet. Pour étendre un peu sur la légitimité de ces animateurs de contrat, le niveau national les connaît mal. Qui sont ces animateurs de contrat, quelles sont leurs compétences? Je suis convaincue que c'est une mine d'or en termes de compétences, ne serait-ce que pour aller explorer d'autres champs de compétences que les compétences régaliennes des collectivités territoriales.

⇒ **Renaud Epstein,** sociologue, maître de conférences en sciences politiques, Sciences-Po Saint-Germain-en-Laye

En matière de lutte contre les inégalités territoriales, qu'il s'agisse d'inégalités sociales, sanitaires, éducatives ou autre, il faut prendre en compte une inégalité majeure et qui va croissante: l'inégale capacité politique des territoires. Tous les territoires ne disposent pas, loin s'en faut, des mêmes ressources et des mêmes capacités d'actions collectives. En la matière, on observe une différenciation de plus en plus forte, entre des territoires qui sont en capacité de produire des politiques collectives, de mobiliser des ressources et d'autres qui ne disposent pas de cette capacité. Dans les territoires qui disposent d'une expertise solide, d'une vision des enjeux et de projets, les acteurs sauront repérer et saisir les appels à projets, qu'ils soient lancés par un ministère, une agence ou une fondation. Ils sauront instrumentaliser, utiliser ces opportunités au service de leur projet. D'où l'importance d'avoir un projet de territoire, pour ne pas être déterminé par des priorités définies par d'autres. Mais construire une capacité d'action politique, ce n'est pas simplement se doter d'une structure, d'un chargé de mission et d'un projet. Ce sont des choses qui se construisent sur 10 ans, sur 20 ans. C'est déterminant parce que la logique de l'appel à projets conduit à arroser là où c'est déjà mouillé. L'appel à projets va à ceux qui sont capables de le décrocher. Ce sont des mécanismes qui s'auto alimentent parce que par ailleurs, plus vous avez de capacité d'action, plus vous avez des projets, plus vous êtes en mesure de décrocher ces appels à projets, plus vous avez de ressources, plus vous avez de références qui vous permettront de décrocher des appels à projets, qui vous permettront d'embaucher, qui vous permettront de ne pas être noyés sous la tâche de gestion, etc. Nous

sommes donc sur des mécanismes qui s'auto alimentent en positif, pour quelques territoires, mais en négatif pour d'autres.

Je suis parfaitement conscient des difficultés auxquelles sont confrontés ces territoires et des contraintes qui pèsent sur leurs acteurs. Je n'ai évidemment pas de solution à leur proposer, si ce n'est de dire : partez des besoins et des ressources de votre territoire avant de partir des attentes de vos bailleurs de fonds ! Essayez de vous doter des moyens de construire un projet et ensuite seulement, vous verrez comment saisir les opportunités qui se présentent. Quels sont les problèmes de vos territoires ? Quelles sont les ressources endogènes de votre territoire ? Ça me semble plus pertinent que de partir de l'impératif de captation de ressources externes.

⇒ **Élisabeth Pons,**
coordinatrice ASV, ville de Toulouse

Fabrique Territoires Santé a publié un communiqué de presse sur la politique de la ville, où la santé avait complètement disparu. C'est une alerte importante qu'il faut souligner parce que s'il n'y a pas plus de santé dans la politique de la ville, je ne sais pas trop ce que nous y faisons. Il me semble que la politique de la ville, c'est fait pour de l'innovation, des expériences, des expérimentations, or aujourd'hui, nous ne sommes plus du tout là-dedans, et il y a très peu de financements pour cela. Du coup, que devient la santé ? Certes, elle est un peu partout, je l'ai bien entendu, surtout le champ du sanitaire. Mais moi, je ne suis pas dans le champ du sanitaire, ou peu. Je suis dans la santé communautaire, dans la promotion de la santé, dans la prévention. Je ne voudrais pas que nous soyons engloutis au niveau du sanitaire.

⇒ **Philippe Lefevre,**
co-président, Institut Renaudot

Concernant les collectivités territoriales qui n'ont pas de budget dans le contrat local, est-ce qu'en face, l'ARS en a un ? Souvent, on nous dit que de toute façon, l'ARS ne mettra rien dans certains endroits. Les villes mettent un budget dans certains contrats. Aussi, existe-t-il une réciprocité ?

J'ai une réflexion sur la question du périmètre. On peut concevoir qu'il y ait des questions de bassins de population. Mais si on parle de coor-

dination des acteurs et d'animation, des études notamment menées à l'étranger montrent que c'est souvent entre 50 000 et 100 000 habitants qu'une organisation locale se structure. Connaître à peu près tous les acteurs, c'est possible à 50 000 personnes, mais cela ne l'est plus à 80 000 ou 100 000 personnes. Aujourd'hui, nous sommes sur des agglomérations qui vont parfois jusqu'à 300 000 personnes. Comment peut-on peut encore coordonner quelque chose ?

La légitimité d'un coordinateur d'un contrat local de santé vient de sa capacité à coconstruire, et à impliquer les différents partenaires. Ce sont donc les différents partenaires, notamment les institutions, qui vont donner la légitimité au coordinateur. Cela revient donc à la question de sa capacité à réellement coordonner, non pas simplement des actions, mais également des structures.

⇒ **Didier Febvrel,**
président, Fabrique Territoires Santé

Si la santé a réussi à se glisser dans la politique de la ville, dans les années 1970 et 1980, c'est parce que nous étions sur le même logiciel en termes de diagnostic et d'ingénierie de projet. D'une certaine manière, quand on a créé la Plateforme nationale de ressources ASV devenue Fabrique Territoires Santé, on a créé une poche de résistance en disant que nous sommes toujours sur la même chose, à savoir que nous parlons des besoins, que nous faisons un diagnostic, un projet et que nous travaillons aussi sur une analyse des alliances, pour savoir avec qui nous allons faire, qui en est capable, etc. En soi, cela n'a pas beaucoup changé.

La capitalisation que nous avons réalisé a bien montré cela aussi, à savoir ce que nous considérons comme un projet correct. Il est question de dire que nous maintenons toujours le cap là-dessus, car c'est important. Du coup, cela répond aussi à la question de la santé dans la politique de la ville. Ce que je vois, la crainte que j'ai par rapport à cela, c'est toujours le même discours, soit la question du droit commun. La santé, c'est le droit commun. La politique de la ville, c'est l'exception. Mais quand même, s'il y a bien une thématique dans laquelle nous avons quand même réussi à faire que le droit commun vienne sur les quartiers politiques de la ville, c'est bien le domaine de la santé, c'est assez exemplaire sur les 20 dernières années.

⇒ **Chantal Mannoni,**
médecin de santé publique, ARS Auvergne Rhône-Alpes

Aujourd'hui, il existe une instabilité permanente des dispositifs qui est organisée. Nous avons l'impression qu'il y a plus d'outils, plus de réformes, plus de restructuration. Quand on en a fini une, on en recommence une autre. Cela participe à la déstabilisation des acteurs, aussi bien en ARS qu'en politique de la ville. Un moment donné, on ne sait même plus qui sont les interlocuteurs et avec qui on peut continuer à travailler. Ces constats sont partagés aussi bien par les professionnels de politique de la santé que par les professionnels des ARS, tout comme les professionnels associatifs. Du coup, il faut que nous fassions front commun là-dessus, parce qu'il n'y a que le collectif qui va nous sortir de ce marasme.

L'autre chose, c'est qu'il y a quand même une tendance lourde pour que les ARS, supposées faire de la santé publique, se transforment en administration de la santé. L'expertise dont vous parliez est en train de se perdre. Je vois le changement avec les collègues qui partent à la retraite. C'est un changement de culture massif. Là encore, il faut se battre pour partager cette culture de santé publique et de santé communautaire.

Pour les gens qui sont convaincus par la prévention et la promotion de la santé, qui sont aussi le cœur des ASV, c'est pareil. C'est une lutte permanente. Tous ceux qui sont dans ce champ-là sont des professionnels militants, et pas des militants professionnels. Du coup, je pense que le cœur de notre engagement, et c'est peut-être là où il faut nous serrer les coudes autour de cet objet commun, c'est la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Nous avons toujours démontré que c'était le niveau de proximité qui permettait de réduire ces inégalités. Aujourd'hui, il faut continuer à être convaincu que tout ce qui se passe au niveau de la proximité donne quelque chose. Après, effectivement, charge à nous de montrer l'intérêt et la plus-value. Et Fabrique Territoires Santé a vraiment un rôle à jouer. Mais il faut vraiment que nous organisions notre propre empowerment, pour remobiliser notre intelligence collective. Parce que dans tous les endroits, il y a des gens qui continuent à s'accrocher à des valeurs, à des fondamentaux méthodologiques. Les alliances sont à construire, attention à ne pas opposer systématiquement des champs d'action. Mais il faut savoir repérer qui peut être un allié et y aller à fond sans se poser de questions.

⇒ **Clémence Bré,**
chargée de mission santé, CGET

Quelques mots de contexte sur l'articulation entre les démarches dites ascendantes et les démarches dites descendantes dans le champ de la santé. En 2016, c'est la loi de modernisation de notre système de santé qui place au centre la question de la territorialisation des politiques publiques de santé. En 2015-2016, nous étions aussi dans le contexte des comités interministériels à l'égalité et à la citoyenneté, qui portaient plus particulièrement certaines mesures visant à assurer un suivi social et de santé renforcé dans les territoires prioritaires de la politique de la ville. Quelques mesures étaient alors ciblées : la question du développement des soins coordonnés, la mise en place de diagnostics locaux en santé coordonnés par les ARS dans le cadre de l'élaboration des contrats de ville. À noter que l'étude récente menée par la DGS permet de voir que seuls 1/3 des territoires en contrats de ville disposent d'un CLS, d'où l'importance du volet santé du contrat de ville sur ces territoires. Nous étions également sur le soutien à une démarche territoriale en santé spécifique, celle des conseils locaux de santé mentale. C'était donc les trois dimensions, pour replacer le contexte, qui étaient celles portées en 2015, 2016, 2017.

Juste pour donner un point d'actualité en termes de continuité d'action publique sur la dernière mesure évoquée : en 2018 la démarche CLSM a été inscrite dans la stratégie nationale de santé et intégrée au sein du Plan national de santé publique (PNSP), notamment pour impulser et soutenir les démarches d'information en santé mentale et de prévention des souffrances psychiques au plus proche des quartiers politique de la ville. Ces orientations du PNSP auront vocation à être déclinées dans le cadre des PRS. Simplement quelques chiffres, car nous sommes dans une démarche qui, aux côtés des ASV, a quand même connu, ces quatre dernières années, une très forte augmentation : le nombre des CLSM a quadruplé. Il y a 192 CLSM actifs actuellement dont 143 sur des territoires comportant au moins un quartier politique de la ville. Ce qui correspond donc à 121 contrats de ville actuellement articulés avec un CLSM. Pour l'ensemble des éléments critiques et tout ce qui reste à faire en termes d'articulation des interventions et de proximité, des études ont pu être menées sur certains territoires. Je pense par exemple à l'article de Pascale Manuello et François Sicot qui est particulièrement éclairant sur la souffrance psycho-sociale, les attentes des habitants et celles de professionnels intervenant dans les quartiers.

Un dernier point pour évoquer un autre travail tout à fait éclairant qui a été mené dernièrement par Fabrique Territoire Santé en lien avec le CGET, pour avoir une lecture plus globale, plus nationale, de l'ensemble des dynamiques territoriales en santé. Je tiens à remercier les trois premières régions - Nouvelle Aquitaine, Auvergne-Rhône-Alpes et PACA - qui ont contribué à ce premier éclairage des dynamiques dans les territoires, mettant également en avant 27 actions probantes portées dans le cadre des contrats de ville et les CLS. Il serait peut-être possible pour la Fabrique de porter ces travaux à la connaissance d'un ensemble d'acteurs sur différentes échelles, le Ministère de la santé et au niveau des ARS, dans une période stratégique qui est celle de la finalisation de l'élaboration des PRS? Merci.

⇒ **Arnaud Wiehn,**
vice-président, Fabrique Territoires Santé

En écho, j'ai été étonné de cette phrase, de savoir que le CLS n'existe pas. Il y a des dispositifs, des dynamiques, des démarches. Cela résonne avec ce que nous avons entendu longtemps des ASV, pour définir ce qu'ils étaient, à quoi ils ressemblaient. C'était très compliqué effectivement de faire remonter quelque chose pour deux raisons. D'abord, parce que c'était très hétérogène, très diversifié, très riche. Quand vous voulez restituer des éléments statistiques qui permettent de rendre compte de cette richesse-là, c'est compliqué. Puis, il y avait un risque de proposer ce qui serait un canon qui deviendrait normatif. Surtout si nous portons un jugement et une appréciation sur une efficience. Je ne dis pas que cela vient de votre démarche. C'est juste pour dire que cela entre en résonance. Concernant les CLS, nous pensions que ce serait plus cadré que l'ont été les ASV, et dans les faits, nous retrouvons cette diversité. Peut-être même que les territoires s'affranchissent de ce que l'État lance.

⇒ **Lucile Vercoutere,**
directrice de la direction santé publique, ville de Valence

À Valence, nous travaillons à l'élaboration d'un CLS2. Bien sûr, la question du territoire s'est posée. L'ARS nous incite à nous développer à l'échelle des EPCI, qui ne veulent pas du tout se saisir de cette question et qui n'ont pas la compétence de la santé. Nous sommes donc en train de travailler à quelque chose... de fait, Valence étant une ville

centre, ce serait plus lié à un bassin de vie, que véritablement l'agglomération, avec des acteurs qui, eux, sont déjà à une échelle départementale. Puisqu'il y a quand même beaucoup d'associations qui sont départementales et qui elles, verraient bien que nous fassions cela à l'échelle du département. Nous faisons cela tout en maintenant des actions sur les quartiers politiques de la ville, qui sont à l'échelle d'un quartier. En gros, entre les cinq quartiers politiques de la ville et l'agglomération, je ne sais pas vers quoi nous allons aboutir. Mais ce qui est sûr, c'est que les quelques financements et les quelques acteurs qui nous restent aujourd'hui, sont à l'échelle de la ville.

⇒ **Castellotti,**
présidente, Fédération nationale des associations
liées aux troubles des conduites alimentaires

Je suis une représentante des usagers, qui ne font pas beaucoup partie des différentes politiques. Vous comprenez pourquoi là, je suis un peu énervée d'entendre tout cela. Parce qu'il y a tant de déserts médicaux en France. On ne parle que de la politique de la ville en ce moment. Mais les territoires aujourd'hui, où sont-ils ici? Comment prendre en charge les gens qui sont malades? On parle en ce moment d'une politique de santé, mais où sont les gens malades? Où sont-ils? Comment font-ils pour se faire soigner, quand ils ont des centaines de kilomètres pour arriver à un endroit et trouver un spécialiste? Comment font-ils pour mettre en place des contrats locaux de santé quand il n'y a pas ces acteurs-là? Ces déserts médicaux existent partout, parce qu'il y en a même en ville... puisque les médecins généralistes qui partent en retraite sont pléthore. J'habite une ville où, à la fin de l'année, il y a sept médecins généralistes qui sont partis. Comment sont-ils formés à certaines pathologies, en particulier en psychiatrie?

Vous comprenez que je vais m'arrêter là. Parce que malheureusement, je ne peux pas rester cet après-midi. Justement, j'ai à faire quelque chose à la maison pour trouver une aide. Là, je me doute bien de tout ce que vous êtes en train d'intellectualiser et à la fin, j'en suis navrée. Je suis un ancien prof. À la fin, tous ces discours, j'en ai un peu assez parce que j'ai envie d'avoir quelque chose de réel, à me mettre dans les mains. Excusez un peu ma colère, mais je pense que quelquefois, ces colères, cela montre ce que vivent les gens. Parce que jusqu'à maintenant, toutes les politiques pour les troubles alimentaires, c'était grâce à l'interven-

tion des bénévoles, des associations et des professionnels de santé. Les politiques de l'État, il n'y en a pratiquement pas. Tout est bâti sur le bénévolat, les professionnels de santé et les associations, qui agissent conjointement. Merci de m'avoir écoutée.

⇒ **Didier Febvrel,**
président, Fabrique Territoires Santé

Juste une chose, Madame, en tant que président de Fabrique Territoires Santé, nous avons produit un dossier documentaire justement sur la question de l'alimentation, qui part d'un principe de base qui est fondamental pour nous. Vous parliez des troubles alimentaires. Pour nous, il est hors de question que toute politique fasse reposer uniquement la question des troubles alimentaires sur des changements de comportement des individus. Du coup, nous avons regardé en disant qu'il y a des déterminants autour de ces questions dans l'aménagement urbain, dans la façon dont on fait accéder à des produits de bonne qualité, etc. C'est cela qui nous importe aujourd'hui, c'est-à-dire être avec vous sur ces questions-là et en même temps dire « attention ». Parce que nous ne pouvons pas conduire une politique de prévention uniquement sur le changement de comportement individuel. Vous voyez ce que je veux dire ? Cela fait aussi partie de quelque chose qui peut être l'objet d'un éternement de ma part, c'est-à-dire de voir toujours qu'on est sur cette question-là, en prise. Par exemple, et je l'ai dit ailleurs, je considère qu'on peut être malade et en bonne santé. Mais ce qui nous intéresse, c'est aussi de voir comment nous pouvons créer de la bonne santé sur les territoires alors que nous sommes par ailleurs l'objet d'une maladie. Ce n'est pas une réponse en soi, c'est juste un commentaire.

⇒ **Bénédicte Madelin,**
secrétaire générale, Fabrique Territoires Santé

En tant que professionnelle de la politique de la ville, je pense qu'opposer systématiquement les territoires ruraux et les territoires urbains n'est pas la bonne solution. Parce que dans les territoires urbains, où j'ai travaillé toute ma carrière, vous avez également un problème de démographie médicale dramatique. En plus, il y a un autre phénomène : le médecin référent, qui est une grande innovation, dans de nombreux territoires urbains, vous ne pouvez plus en trouver. D'une certaine ma-

nière, il y a un manque. Vous avez des difficultés à trouver des médecins, et en plus, vous n'avez pas de médecin référent. Les remboursements sont aussi liés, si vous n'allez voir que des spécialistes. Ces questions-là ne sont pas abordées.

⇒ **Catherine Richard,**
chargée de la coordination des actions des délégués
du Préfet, Préfecture de Paris

Je comprends ce que Renaud Epstein nous a expliqué, sur la situation actuelle de l'État et de sa non-expertise, sa non-connaissance de ce qui se passe sur le terrain. À l'origine des ASV, la base était de faire un projet sur un territoire, quelle qu'en soit la durée.

Cela a permis à la Direction générale de la santé de sans doute comprendre qu'elle faisait une politique de santé au niveau national, pour l'ensemble des territoires. Il n'y avait absolument pas de connaissance de ce qu'était justement l'infra territoire. Quand on a commencé à parler de territoire, c'était pour les groupements régionaux de santé publique (GRSP). Les ASV étaient des petites pastilles de rien du tout, mais c'était un échantillon proposé comme une expérimentation, « dites-moi si véritablement les projets traversent vos actions, et s'appliquent sur ces territoires-là. »

Concernant la notion de territorialisation, c'était d'abord de faire comprendre qu'il n'y avait aucune connaissance de l'état de santé de la population sur un territoire. À l'époque, il s'agissait de dire aux élus quel était l'état de santé de leur population et de les amener à se poser la question de ce qu'ils devaient faire pour l'améliorer. C'est la première des choses, de faire prendre conscience, au niveau local, que l'État ne peut pas tout financer, notamment par des appels à projets.

Quand on dit que la politique de la ville est totalement innovante et a ouvert cette porte... on m'a toujours dit que le jour où ce sera institutionnalisé, ce serait très difficile. Et en effet, c'est devenu institutionnalisé, à travers les CLS, et le territoire surtout. Parce que maintenant, il existe une multiplicité de territoires sur la santé. Mais, seul le projet, dans le temps, fonctionnera pour garder le niveau de proximité dont nous parlons.

SÉQUENCE 2

« POLITIQUE TERRITORIALISÉE OU TERRITORIALISATION DES POLITIQUES PUBLIQUES ? »

Marina Honta,

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

Véronique Lucas Gabrielli,

géographe de la santé, IRDES

Discutants:

Catherine Richard

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

Frédéric Jacquet

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

D'un point de vue générique, la territorialisation qualifie ces évolutions et fait l'objet d'une utilisation plurielle, même si, à la différence du terme de territoire, qui met l'accent sur un processus, le terme de territorialisation définit, d'une part, l'analyse de la diversité des modes d'appropriation des espaces, et d'autre part, les programmes de l'action publique reposant sur le décloisonnement des secteurs d'activité, et visant à introduire une diversité dans le mode de production des espaces aménagés. Dans la littérature géographique francophone traitant des systèmes de soins, la territorialisation est employée pour prendre

en compte les modalités d'adaptation d'une offre de services à l'espace socialement construit par les acteurs, et ayant des effets positifs ou négatifs sur la santé des habitants (Fleuret, 2016)[•], mais aussi pour identifier les mécanismes permettant d'ancrer une politique dans la production du territoire afin d'améliorer une situation sanitaire. En raison de la diversité des dispositifs et des types d'actions conduits par les acteurs, l'enjeu est probablement de mieux comprendre les modes opératoires de cette territorialisation et d'interroger la diversité des formes territoriales produites (Rican, Vaillant, 2009)[•].

En positionnant les instruments d'action publique au cœur de l'analyse, nous pouvons ainsi aborder la territorialisation comme une interface entre, d'une part, de la gouvernance en tant que processus de coordination d'acteurs et d'institutions, et d'autre part, la notion de gouvernement comme capacité des acteurs à imposer des

choix en fonction des contraintes délimitant les périmètres d'action des acteurs, et enfin des pratiques sociales organisant l'action en fonction des représentations et significations.

• Fleuret S, 2016, « Questionner la territorialisation de la santé en France », in Clavez M., Hardy A-C. (Eds), Santé et territoires. Des soins de proximité aux risques environnementaux, Presses universitaires de Rennes,

• Rican S, Vaillant Z, 2009, « Territoires et santé : enjeux sanitaires de la territorialisation et enjeux territoriaux des politiques de santé. Commentaire », Sciences sociales et santé, 1, 27, p.33-42.

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

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

• Loi organique n° 2001-692 du 1 août 2001 relative aux lois de finances, dite LOLF

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

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

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

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

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

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

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

• Torre A, 2015, Gouvernance territoriale et conflits d'usages, WikiTerritorial du CNFPT [en ligne], consulté le 30 juin 2016. <http://www.wikiterritorial.cnfpt.fr/xwiki/wiki/econnaissances/view/Notions-Cles/Gouvernanceterritorialeetconflitsdusages>.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⇒ **Catherine Richard,**
chargée de la coordination des actions des délégués
du préfet, Préfecture de Paris

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

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

tégrer cette thématique santé... et c'est historique, peut-être due à une certaine représentation de la santé? En dehors de la culture des ARS et des professionnels, la santé resterait un domaine opaque ou trop intime? C'est-à-dire que chacun a une représentation propre de sa santé. Plus vous remontez dans l'échelle sociale, plus la perception de la santé ne comporterait aucun problème. Aussi, on ne parle jamais aux préfets des problématiques de santé. Jamais je n'ai connu une séance de sensibilisation aux inégalités de santé destinée aux préfets. Pourtant, ce sont eux qui représentent l'État, ce sont eux qui impulsent les thématiques prioritaires sur le territoire qui réunissent les déterminants de la santé (emploi, insertion, logement/habitat, cadre de vie, environnement, etc).

Concernant la décentralisation, et la situation dans laquelle sont les collectivités locales... Il est possible pour une ville, de faire des démarches de santé publique ASV/CLS/CLSM, des programmes même à court, moyen, long terme, en les planifiant, en s'appuyant sur l'intelligence collective des territoires et au-delà. C'est la question de la présence politique sur le territoire et de la coordination des mandats concernés par le champ de la santé qu'il reste à promouvoir.

⇒ **Frédéric Jacquet,**
médecin de santé publique, directeur de la santé
et de l'hygiène, ville de Nîmes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DÉBAT

⇒ **François Jouan,**
chef de service santé, ville de Strasbourg

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

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

dans la création des ARS, les caisses primaires d'assurance maladie sont totalement absentes. Ce n'est pas innocent si aujourd'hui, le vrai patron de la santé au niveau national, ce n'est pas Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, mais le patron de la CNAM.

⇒ **Yann Bourgueil,**
chercheur, EHESP

Je travaille depuis 25 ans dans la recherche sur les services de santé. J'ai dirigé l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) largement financé par l'assurance-maladie. Effectivement l'assurance-maladie est un acteur central. Je me suis intéressé à la question de l'organisation des soins ambulatoires, et je voulais réagir en donnant quand même quelques lueurs d'espoir, en tout cas montrer qu'il y a des dynamiques en cours. Cela est intéressant par rapport à la thématique de l'organisation territoriale en santé, dont tout l'enjeu est peut-être de réfléchir à leur rapprochement.

Concernant les maisons de santé, c'est un sujet sur lequel je travaille beaucoup. Aujourd'hui, l'enjeu majeur pour le système de santé est l'organisation des parcours de santé. C'est une tendance très lourde qui n'est pas réglée et qui met en évidence le déficit historique de l'organisation du système de soins ambulatoires français, au sens où il a été fondé sur le principe de la médecine libérale, qui aujourd'hui est en plein questionnement et en pleine évolution. Il y a une force intéressante dans les dynamiques de regroupement pluriprofessionnel. La crise des déserts médicaux est un formidable levier pour interpeller les professionnels, leur responsabilité sociale, qu'ils revendiquent, et le monopole qu'ils détiennent. Je crois qu'à ce titre-là, ils sont convoqués. On voit qu'aujourd'hui dans les universités, les facultés de médecine commencent à se poser des questions sur la façon dont elles recrutent les professionnels... les investissements majeurs que nous faisons dans les ressources humaines en santé. On vide peut-être les ARS, mais on remplit les universités de médecine. On a atteint le numerus clausus de 1972 avec 8 500 médecins formés. On en aura pléthore dans 10 ans et il faudra bien qu'on fasse quelque chose, comme des actions en promotion de la santé? Puis, il y a aujourd'hui 600 000 infirmières contre 400 000 il y a 10 ans. Nous sommes donc en train de remplir le système de santé de professionnels. Ce sont des empowerment. Aujourd'hui, dans les dynamiques des maisons de santé, il y a des infirmières qui font marcher les patients diabétiques pour leur faire faire de l'exercice et qui

sont payées pour cela par l'assurance-maladie. Cela ressemble quand même un peu à des démarches de promotion de la santé.

Il y a donc peut-être un enjeu à rapprocher ces dynamiques. Savoir quelle est la gouvernance des institutions en France pour l'organisation des soins ambulatoires reste un sujet complètement ouvert. Où allons-nous instituer cette organisation? Il y a des pays où ce sont les communes, comme la Finlande et la Suède. En France, cela reste un sujet ouvert. L'hôpital le voudrait bien. Pas sûr que ce soit une bonne idée.

⇒ **Arnaud Wiehn,**
vice-président, Fabrique Territoires Santé

Un témoignage en Gironde, lors d'une négociation d'un contrat local de santé, dans une ville importante, le référent de l'ARS avait posé comme postulat qu'on ne traiterait pas, dans le contrat local de santé, les soins de premier recours. C'était comme cela. «Cela se traite ailleurs». C'était donc à prendre ou à laisser.

Un autre exemple, une plus petite intercommunalité située sur la côte où beaucoup de monde y vient l'été. Un postulat avait été posé, celui de la question de la régulation des urgences sur les horaires atypiques. Sinon, le CLS n'aurait pas été signé. C'est donc pour dire que c'est dépendant des personnes et qu'il y a un lobbying et des influences fortes à prendre en compte.

⇒ **Philippe Lefevre,**
co-président, Institut Renaudot

Concernant la question de l'intersectorialité, vous n'avez pas parlé de pouvoir. Je pense que cela manque un peu, parce que pour un élu ou un professionnel, travailler de façon intersectorielle, c'est aussi remettre en question son territoire et son pouvoir. Donc pour travailler l'intersectorialité, il faut remettre en cause les questions de pouvoir.

Concernant le parcours de santé, il existe quelques tendances mise en lumière dans un ouvrage paru récemment qui traite du système de santé⁹ : c'est notamment la question de l'individualisation du parcours de santé. Cela risque d'être une tendance lourde, parce que le biomédical est derrière, parce qu'il y a la médecine prédictive, etc. Dans la promotion de la santé, ce n'est pas qu'une promo-

⁹ «Marseille 2040. Le jour où notre système de santé craquera», Philippe Pujol, Flammarion, 2018.

tion de santé individuelle. On est encore un certain nombre à croire que la santé collective a au moins autant d'importance que la santé individuelle. Or, pourtant, nous avons l'impression qu'actuellement, tout va vers une considération du parcours individuel de santé.

⇒ **Didier Febvrel,**
président, Fabrique Territoires Santé

Par rapport au côté lourd, nous donnons des éléments de compréhension sur ce qui nous entoure, le contexte politique, l'analyse, etc. Il n'empêche qu'au quotidien, nous croyons au fait que quand nous agissons localement, parce que nous avons mobilisé des gens, parce que nous avons fait une analyse, parce que nous sommes près des besoins, nous faisons avancer les choses aussi. Déjà, il faut que nous sortions d'ici avec ce côté un peu rassurant.

Pour en revenir à la question du soin, quand j'étais à Nantes, au congrès de la Fédération française des maisons de santé pluridisciplinaires... et je rajouterai les centres de santé communautaires et les centres de santé, ce qui m'avait extrêmement frappé, c'était le côté très énergique, «il y a quelque chose qui est en train de se passer». Par contre, ce qui m'avait un peu agacé, c'est de voir que la Caisse nationale d'Assurance maladie avait fait une convention avec les maisons de santé pluridisciplinaires pour financer de la coordination. Alors que par ailleurs, quand il s'agit de la promotion de la santé, des ASV, etc., à chaque fois qu'on dit qu'il faut financer la coordination des CLS, on nous répond «non parce que ce n'est pas du financement d'actions». Une fois de plus, nous sommes obligés de nous battre encore et encore contre la toute-puissance du système de soins. Maintenant, quand on a dit cela, c'est bien. Sauf que cela donne l'indication du combat mené depuis que j'ai commencé la médecine, la santé publique, depuis toujours. Personnellement, je me suis toujours battu pour cela. Quand tout d'un coup, on commence à comprendre qu'on peut être malade et aussi en bonne santé, et que c'est ailleurs que cela se passe, dans l'entourage, partout, et qu'on commence à s'engager là-dedans, on finit par se rendre compte que ce n'est pas gagné. Cela veut dire que nous sommes dans une logique de transmission de bagarre, que le combat n'est pas fini. Effectivement, si on commence à intégrer que 80 % de l'espérance de vie sont gagnés, non pas grâce aux médecins, mais grâce aux évolutions et améliorations des déterminants de santé... à un moment donné, on se dit «mais bon sang, vous pouvez investir là-dedans aussi?»

Il existe des dérégulations totales. Restons optimiste même si on a l'impression qu'il n'y a plus de pilote dans l'avion. Je vous rapporte une anecdote : dans une réunion, l'ARS réunit des médecins généralistes et autres, des maisons de santé, pour leur parler des communautés professionnelles territoriales de santé. Elle leur demande ce qu'ils en pensent. Les autres répondent «pourquoi, vous avez une idée?» «Non, c'est à vous de nous dire comment vous allez faire.» Moi, j'ai répondu à la personne de l'ARS que je n'avais pas la même conception du pilotage de la construction des politiques publiques. Je suis peut-être vieux jeu, ancien, ou dans un schéma d'engagement politique. Au-delà du constat, vous nous montrez des choses et maintenant cela nous donne la possibilité de nous positionner en disant ce que nous voulons. Mais au final, l'important, c'est de mettre les gens autour de la table, d'aller les chercher. C'est la santé publique. Le logiciel de la promotion de la santé, c'est d'aller chercher les autres secteurs, c'est de convaincre les gens qu'il y a de la santé partout autour. Et animer cette mobilisation avec des méthodes et des outils.

Un autre outil et levier prometteur : les évaluations d'impacts en santé. Franchement, quand vous arrivez en face des professionnels de l'urbanisme et que vous leur dites qu'ils vont faire quelque chose pour la santé, ils répondent qu'ils ne savaient pas, mais qu'ils sont prêts à y aller. Nous trouvons toujours des techniciens, des fonctionnaires et des personnes qui sont ouverts. Quand nous parlons de santé, je peux vous dire que leur ouverture est maximum.

⇒ **Catherine Richard,**
chargée de la coordination des actions des délégués
du préfet, Préfecture de Paris

Nous n'avons pas parlé de la démocratie participative, et de l'illisibilité qu'il y a 35 ans après sur les territoires, et de cette défiance exacerbée qui existe entre l'État et les communes. Mais il y a une chose nouvelle dans la loi Lamy de 2014 : le conseil citoyen. Quelque chose s'organise là. J'essaye parfois, sur Paris, de faire en sorte qu'il y ait des rencontres entre les conseils citoyens et la santé. C'est tout simplement parce que nous ne parlons pas de la santé au conseil citoyen. Sinon, nous aurions plein de choses à dire, sur les questions et les problèmes de santé, sur l'habitat, l'absence d'ascenseur, etc.

⇒ **Frédéric Jacquet,**
médecin de santé publique

Où sont aujourd'hui les espaces de construction stratégique, d'animation, d'élaboration collective? Aujourd'hui, nous n'avons pas du tout envie de revenir avec un plan. Mais malgré tout, suite à la loi de modernisation du système de santé (LMSS) de 2016, c'est vrai que par la contrainte, il se passe des choses. Maintenant, la LMSS a introduit ce que j'appelle la ménagerie : un amoncellement de dispositifs dont nous ne voyons pas bien comment ils s'articulent, comment ils se définissent. D'ailleurs, il est intéressant de regarder que le CLS appartient au Titre IV de la loi – (Gouvernance), et pas au Titre II (Organisation des services). Ce qui en dit beaucoup sur les ambiguïtés du sujet.

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

Une première remarque sur l'évaluation des impacts en santé. Les collectivités territoriales s'approprient progressivement la démarche. Elle me paraît précieuse et vertueuse pour aller dans le sens de cette acculturation à l'intersectorialité. Quand une collectivité s'engage en la matière, cette démarche peut constituer un outil d'acculturation des élus et des fonctionnaires territoriaux à ce qu'est la santé publique, la promotion de la santé.

Une deuxième sur le fait de composer sans l'assurance-maladie. Les acteurs locaux composent déjà beaucoup sans l'assurance maladie. Par exemple Strasbourg a élaboré le dispositif du « sport santé sur ordonnance » et c'est à partir d'expérimentations réalisées par ces villes pionnières qu'il y a eu des avancées législatives au sein de la loi de modernisation de notre système de santé. Et à ce jour, il n'y a pas de remboursement. Les villes comme Strasbourg font du lobbying aujourd'hui auprès du gouvernement pour qu'il existe, afin, notamment, d'éviter de creuser les inégalités sociales et territoriales de santé. Mais, pour l'heure, elles l'ont fait sans l'assurance maladie. Il faudra très probablement continuer à faire ainsi si l'on en croit les positions prises par le gouvernement. Ce n'est pas forcément facile mais l'État, au fond, compte sur ces capacités des territoires à innover. Cette capacité d'organisation des territoires à faire alliance, à trouver des ressources pour finalement suppléer aux carences de l'État, elle peut exister.

Il y a une troisième chose : les questions de pouvoir. Du côté de l'État territorial, on parle peu de santé aujourd'hui, et notamment dans la politique de la Ville. Il y a eu le cinquième volet de la politique de la Ville. C'est la cohésion sociale qui regroupe ces enjeux quand ils existent. Depuis la révision générale des politiques publiques et la fusion des services déconcentrés de l'État, le corps préfectoral a mal pris le fait que tout le champ de la santé lui échappait. Il y a le préfet des services déconcentrés de l'État et celui que l'on nomme « le préfet sanitaire » qui est le directeur général de l'agence régionale de santé. Des questions de pouvoir peuvent se jouer sur les territoires, et les acteurs en présence sont capables ou pas de les dépasser.

Le dernier point : les agences régionales de santé, qui n'ont pas, elles non plus, été épargnées par les principes de la révision générale des politiques publiques, notamment par le non-remplacement d'un fonctionnaire sur deux partant à la retraite. La RGPP, depuis presque 10 ans maintenant, consacre le processus de régionalisation des moyens et donne le choix au directeur général de positionner ces moyens humains soit au siège de l'ARS, soit au sein des Directions départementales (DD). S'agissant de l'animation des CLS, (essentielle pour accompagner les collectivités territoriales devant avoir un interlocuteur réactif face à elles), ce choix de positionner ces agents qui maîtrisent la méthodologie du projet, l'ingénierie du projet, le choix de les mettre soit en DD, soit au siège de l'ARS est un choix qui me paraît lourd de conséquence. Si ces référents sont placés au niveau du siège, cela n'en fait pas toujours des interlocuteurs disponibles pour les collectivités. Par contre, la réactivité est plus grande lorsqu'ils sont positionnés au niveau des DD. Ce choix-là, c'est aux ARS de le faire et cela peut participer, parfois, d'une certaine forme de lenteur.

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

Travaillant spécifiquement sur l'organisation des soins, et notamment les soins primaires, j'ai l'impression que les nouvelles orientations qui sont définies dans l'organisation du système de santé et qui sont porteuses d'améliorations sur le fait que nous voulions arriver à mieux définir le parcours de santé, à le conceptualiser, à familiariser les acteurs à de nouveaux outils sont en train d'apparaître... Nous sommes justement à la fin d'une étape. Nous avons atteint une forme d'étatisme tel qu'il était défini finalement dans le système qui était organisé jusqu'à maintenant,

avec l'apothéose de la loi HPST. Mais maintenant, avec les nouveaux outils qui sont en train d'être mis en place dans la nouvelle organisation du système de santé, et qui visent en général à aller vers une approche populationnelle, en tout cas poser les principes de l'articulation des secteurs d'activité, à se rapprocher du lieu de résidence des patients, à aller vers moins d'hôpital et plus d'ambulatoire, etc., ce sont des pistes qui vont plutôt dans le bon sens. C'est avec la mise en place des CLS que nous allons voir ce qui va se passer, comment le système va évoluer, se réorganiser, se reconfigurer. J'ai l'espoir que les choses s'améliorent, même si par ailleurs, aujourd'hui, nous nous trouvons dans un système qui contraint aussi fortement les politiques publiques et qui pose de gros soucis de pérennité d'un système qui ne fonctionne pas très bien.

⇒ **Bénédicte Madelin,**
secrétaire générale, Fabrique Territoires Santé

Parlons nous vraiment de territorialisation ? Est-ce que réellement la politique de la ville et la politique de santé sont des politiques territorialisées ? Ne sommes-nous pas plutôt dans une déconcentration des politiques publiques qui s'appliquent sur des territoires ? Une territorialisation, cela se construit à partir du territoire, dans un mouvement ascendant. Cela fait référence aux citoyens qui vivent très mal. C'est autre chose. Au-delà de cela, est-ce que la véritable territorialisation des politiques publiques est compatible avec des directives qui nous arrivent d'en haut ? Dans la politique de la ville par exemple, à l'époque des contrats urbains de cohésion sociale, on disait que nous allions avoir cinq orientations obligatoires. Quand une ville osait dire « non, je ne mettrai pas telle orientation parce que ce qui est important pour moi, c'est la culture, qui peut faire sens sur un territoire et faire cohésion sur un territoire », on lui répondait que la culture n'était pas dans les orientations prioritaires. Est-ce que nous pouvons parler de territorialisation des politiques de la ville quand on ne fait pas avec la réalité des territoires ? Il me semble qu'il s'agit donc beaucoup plus de déconcentration des politiques publiques dans un mouvement de décentralisation. Comment peut-on faire un diagnostic uniquement avec une accumulation de données et sans même la notion d'un diagnostic sensible, c'est-à-dire un vécu par ?

⇒ **Agnès Bensussan,**
administratrice, Fabrique Territoires Santé ;
coordinatrice CLSM

Je voulais revenir un peu sur le caractère peut-être déprimant de la journée. C'est plutôt de la colère. J'ai la chance de travailler sur un territoire où je vois des professionnels qui se démènent. Je ne me pose aucune question sur l'inventivité des acteurs sur le territoire, que ce soit dans les hôpitaux... je vois des équipes mobiles qui inventent des manières de faire très différentes. Il y a des lieux de vie qui se mettent en place pour des personnes vivant avec des troubles psychiques, et qui travaillent sur l'accès aux soins somatiques, sur l'accès au travail, aux loisirs, et qui sont vraiment des projets qui partent de la vie des personnes et des conditions de vie. Ce qui me met en colère, c'est la chape qu'il y a au niveau de l'organisation générale, qui est de la responsabilité de tous et de personne, et qui fait que souvent, quand on essaie de soutenir ces projets, nous avons en face « oui, mais cela ne rentre pas dans l'appel à projets ». Du coup, nous en venons à nous dire qu'en fait, il faut nous engager, vous engager sur des associations nationales, faire tout le circuit pour peser sur la réorientation des orientations nationales, pour peser sur les appels à projets. Cela fait quand même beaucoup d'énergie. C'est dommage, parce que les gens bossent tellement, et pour beaucoup, tellement bien sur les territoires.

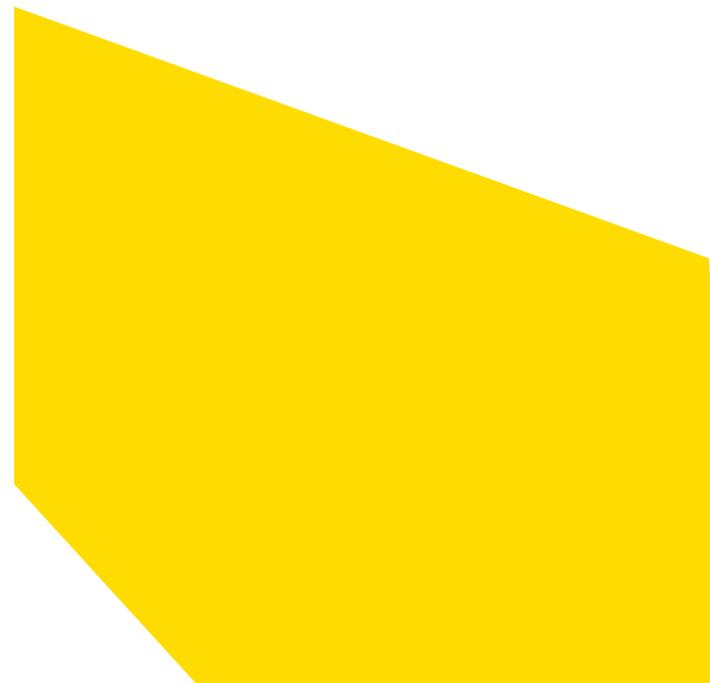
⇒ **Élisabeth Pons,**
coordinatrice ASV, ville de Toulouse

Les enjeux sont différents Par exemple, sur un territoire il y a plein d'exemples de projets qui s'appellent prévention, accès aux droits, réduction des risques et insertion. Pour certains chargés de projets, c'est le volet insertion qui les intéresse, parce que ces projets s'adressent aux jeunes qui sont un peu borderline ou qui risquent d'entrer dans le deal, etc. Pour d'autres, c'est la réduction des risques qui les intéresse dans ces projets. En fait, nous sommes plus souvent avec des personnes qui ont des axes dans lesquels nous ne nous inscrivons plus. On dit qu'il faut occuper l'espace public dans les quartiers. Occuper l'espace public, c'est bien. Mais avec quels objectifs derrière ? Ce n'est pas toujours simple de les comprendre. Occuper l'espace public, cela veut dire qu'il y a peut-être des problèmes sur le territoire, qu'il faut montrer que nous sommes présents et que du coup, nous faisons partir les gens qui gênent. C'est une réalité de terrain.

⇒ **Arnaud Wiehn,**
vice-président, Fabrique Territoires Santé

Merci à Véronique Lucas Gabrielli et Marina Honta pour leurs interventions. Merci également à Catherine Richard et Frédéric Jacquet pour la qualité de leurs réactions. Plus largement, merci à tous d'avoir participé.

On a pu noter une certaine souffrance, un regard un peu sombre, c'est peut-être parce que nous sommes lucides. Cette lucidité-là sur ces situations-là, nous ne l'avions peut-être pas il y a quelques années. On aimerait travailler mieux au service de publics que nous identifions un peu mieux, avec des problématiques de santé que nous arrivons maintenant à circonscrire, traiter, etc. Je veux croire que c'est quelque chose que nous allons réussir à faire pour endiguer cette frustration.



BIBLIO- GRAPHIE

Territoires fragilisés : quelles stratégies pour la santé des populations ?, La santé en action, n°428, 2014
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/sommaires/428.asp>

Territoires, incubateurs de santé ?, Les Cahiers IAU Île-de-France, n°170/171, 2014
http://www.iau-idf.fr/fileadmin/NewEtudes/Etude_1101/C_170-171_web.pdf

Collectivités territoriales et santé, Actualité et dossier en santé publique, n°82, 2013

De l'Atelier santé ville au Plan local de santé. Vers une consolidation des dynamiques territoriales de santé, Les échos des ateliers permanents du CR-DSU, n°7, 2010
<http://www.labo-cites.org/system/files/import/lesechos7mel.pdf>

Santé et territoires : à la recherche de l'équilibre, Marie-Thérèse Bruguière, Rapport d'information au Sénat, n°600, 2011
http://www.senat.fr/rap/r10-600/r10-600_mono.html

Les élus locaux et la santé : des enjeux politiques territoriaux, Carole Clavier, Sciences sociales et santé, vol. 27, 2009
<http://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2009-2-page-47.htm>

Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé : évolution de 2003 à 2011, Magali Coldefy, Véronique Lucas-Gabrielli, Questions d'économie de la santé, n°175, 2012
<http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes175.pdf>

Territorialisation sanitaire et décentralisation : état des lieux et enjeux à partir du cas français, Emmanuel Eliot, Véronique Lucas-Gabrielli, Catherine Mangeney, Revue francophone sur la santé et les territoires, 2017
<http://rfst.hypotheses.org/eliot-emmanuel-lucas-gabrielli-veronique-mangeney-catherine>

La gouvernance territoriale : une affaire d'État. La dimension verticale de la construction de l'action collective dans les territoires, Renaud Epstein, L'Année sociologique vol. 65, 2015
<http://www.cairn.info/revue-l-annee-sociologique-2015-2-page-457.htm>

La rénovation urbaine. Démolition-reconstruction de l'État. Chapitre 5 - La gestion territoriale en modèles, Renaud Epstein, Presses de Sciences Po, 2013

Gouverner à distance. Quand l'État se retire des territoires, Renaud Epstein, Esprit, n°11, 2005
http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00130034/file/Esprit_-_Gouverner_a_distance.pdf

Gouverner par contrat, Jean-Pierre Gaudin, Presses de Sciences Po, 2007

La fabrication d'un contrat local de santé « expérimental ».
Négociations et compromis sous tensions, Nadine Haschar-Noé,
Émilie Salaméro, Sciences sociales et santé, vol. 34, n°2, 2016

La gouvernance différenciée des contrats locaux de santé, Nadine Haschar-Noé, Émilie Salaméro, Marina Honta, Journal de gestion et d'économie médicales vol. 33, n°6, 2015

La fabrique du gouvernement métropolitain de la santé. L'épreuve de la légitimation politique, Marina Honta, Jean-Charles Basson, Gouvernement et action publique, vol. 2, 2017
http://www.fabrique-territoires-sante.org/sites/default/files/gap_172_0063_1.pdf

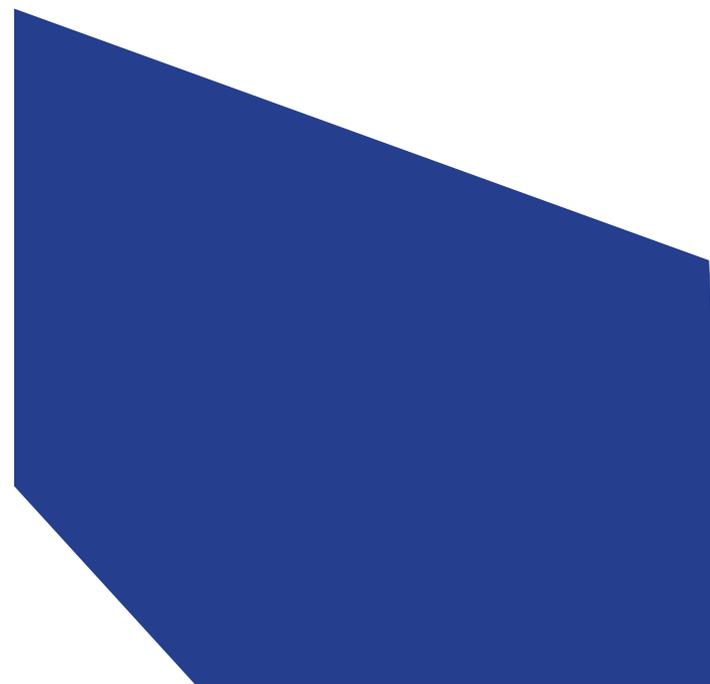
Les politiques préventives de santé publique à l'épreuve de la territorialisation : l'introuvable gouvernance régionale du Programme national nutrition santé en Aquitaine, Marina Honta, Nadine Haschar-Noé, Sciences sociales et santé, vol. 29, 2011
<http://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2011-4-page-33.htm>

Agir sur la santé des populations les plus vulnérables. Territoires, déterminants sociaux et leviers de mobilisation, Michel Joubert (sous la coordination), Profession Banlieue, 2017

Politique de la ville, territoire et santé, Chantal Mannoni (sous la coordination), Profession Banlieue, 2004
http://www.professionbanlieue.org/f158_Telechargez_em_Politique_de_la_ville_territoire_et_sante_111p_em_pdf

Territoires et santé : enjeux sanitaires de la territorialisation et enjeux territoriaux des politiques de santé, Stéphane Rican, Zoé Vaillant, Sciences sociales et santé, vol. 27, n°1, 2009
<http://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2009-1-page-33.htm>

Variabilité des formes de gouvernance d'un contrat local de santé : ajustement en situation et légitimation négociée, Émilie Salaméro, Nadine Haschar-Noé, Terrains & travaux, n°30, 2017



Fabrique Territoires Santé est une association dont la vocation est de valoriser les démarches territorialisées de santé qui visent à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, tels que les Ateliers santé ville, les contrats locaux de santé ou les conseils locaux de santé mentale. Elle est une plateforme de ressources sur ces démarches à destination de tous leurs acteurs.

Nos missions:

- mettre en réseau les acteurs porteurs de ces démarches (coordonnateurs, services des collectivités, élus, ARS, ...), en organisant des rencontres nationales et régionales;
- porter à connaissances leurs acquis et plus-values, notamment par la capitalisation;
- diffuser de l'information qualifiée via notre site et notre newsletter;
- proposer une formation sur la stratégie et la mise en œuvre des projets territoriaux de santé à l'Université d'été en santé publique de Besançon.



Fabrique Territoires Santé

2-4 place Rutebeuf, 75012 Paris
contact@fabrique-territoires-sante.org
06 99 67 55 56

www.fabrique-territoires-sante.org

Twitter: @FabTerrSante

avec le soutien de

