



**POLITQUES ET PRATIQUES DE  
SANTÉ PUBLIQUE  
ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ  
DU LOCAL AU NATIONAL :  
QUELS ACTEURS ? QUELLES  
RELATIONS ?**

**Rapport d'étude à l'attention de la  
Direction Générale de la Santé  
15 avril 2005**

# SOMMAIRE

## INTRODUCTION

### I. La question du "local" dans l'organisation de la santé

---

#### A. Le "local" : une notion à préciser

#### B. Une réalité encore diversement investie par les acteurs

1. Des réserves encore importantes,  
dominantes chez les élus locaux
2. L'échelon local de plus en plus  
intéressé par les questions de santé
3. Des acteurs et des formes d'intervention  
de santé diverses et nombreuses

16

#### C. Un enjeu posé au niveau local : confirmer l'intervention locale en santé et organiser sa structuration

1. Confirmer la pertinence  
d'une coordination locale en santé
2. Définir des territoires de santé  
infra-départementaux

## II. Des conditions pour une articulation entre politique publique et intervention locale en santé publique

---

### A. Prendre en considération l'échelon local ou de proximité

1. Reconnaître la santé comme enjeu territorial
2. Prendre en compte les besoins et attentes des acteurs de proximité
3. Développer des outils d'observation
4. Soutenir l'existant

### B. Favoriser l'intervention locale en santé

1. Donner leur place aux interventions collectives locales
2. Favoriser l'animation et la coordination en santé
3. Missions proposées pour la fonction d'animateur ou référent territorial de santé
4. Le temps, un facteur indispensable à la réussite...
5. Les financements, le nerf de la santé publique

### C. Mettre en place une organisation infra-régionale de la santé publique

1. La planification, la programmation et la coordination des politiques publiques
2. La concertation sur les politiques publiques au niveau régional
3. La mise en œuvre des politiques publiques sur une région

D. Renforcer les compétences en santé publique et communautaire

## **CONCLUSION...**

79

## **ANNEXES**

1 Liste des notes de bas de page

1 La commande de la DGS à l'Institut

1 Éléments bibliographiques

1 Liste des personnes rencontrées

1 Définitions

1 Glossaire des sigles utilisés

# INTRODUCTION

## 1 Un contexte en évolution

L'Institut Théophraste Renaudot a été chargé par la Direction Générale de la Santé d'un rapport d'étude sur les moyens de favoriser la participation des divers acteurs de proximité dans la définition et la mise en œuvre des politiques de santé et de favoriser l'articulation des différents niveaux d'intervention (voir objectifs détaillés en annexe).

La loi de santé publique d'août 2004, qui constitue la référence de construction de ce rapport, vise en effet à améliorer la cohérence et l'efficacité des actions de santé publique en France. En affirmant fortement le rôle de l'État, elle s'appuie notamment sur une déconcentration et une planification régionales de l'organisation et des priorités de santé.

La question de la reconnaissance du rôle fondamental des acteurs territoriaux et des initiatives locales apparaît comme l'enjeu central de la démarche à conduire, tant il est vrai que *"ce sont, au bout du compte, les personnes qui vont être les principaux acteurs de la santé publique par les modifications de leur comportement"*<sup>1</sup>.

En même temps, le constat d'un manque d'articulation entre l'État, les différents acteurs territoriaux et les initiatives locales justifie que l'on consacre une part essentielle de ce travail à la présentation :

- des réalités du niveau local dans le champ de la santé,
- des moyens pour mieux prendre en compte les actions de santé locales,
- des conditions nécessaires pour permettre à tous les acteurs de s'impliquer dans les programmes et actions de santé, de leur élaboration à leur mise en œuvre.

Comme l'exprime fort justement Mr Cordet, préfet de Seine Saint-Denis : « *La santé publique est un domaine qui exige des actions de proximité, un suivi personnel, des réseaux locaux, des ressources variées* »<sup>2</sup>. C'est essentiellement autour des questions d'organisation et de développement des pratiques de proximité que ce rapport sera construit, tant le niveau territorial infra-régional voire infra-départemental est aujourd'hui concerné, interpellé, analysé et en mutation autour des questions de santé.

## 1 Une question complexe

Le terrain de la santé publique est mouvant, hétérogène. Cette très grande hétérogénéité se manifeste à tous niveaux : taille des régions, avancées quantitatives et qualitatives en méthodologie, évaluation, modes de financements, ...

Un grand nombre de dispositifs (certains parlent de maquis, d'empilement) visent à organiser la planification ou l'intervention en santé publique aux plans national et régional ; nous ne citerons ici que les PRSP<sup>3</sup>, les GRSP<sup>4</sup>, les SROS<sup>5</sup>, les Conférences nationales et régionales de santé, les Programmes Territoriaux de Santé, les SREPS<sup>6</sup>. Au plan

départemental peuvent s'ajouter encore d'autres structures, et d'autres modalités de planification.

Enfin, au niveau local, dans une riche diversité, peuvent exister des conférences locales, des coordinations, des ASV<sup>7</sup>,...

La définition même des termes utilisés (santé, promotion de la santé, santé publique, santé communautaire, local, proximité, ...) est parfois incertaine. À tel point que, pour les besoins de ce travail, et pour aider au mieux à la lecture et à l'utilisation de ce rapport, nous avons pensé indispensable de l'accompagner d'un glossaire.

À quelque niveau que ce soit de la construction d'une politique de santé publique et communautaire, il convient de préciser pour qui, avec qui et comment elle est élaborée et mise en œuvre. C'est ce que nous essaierons de décliner dans ce rapport.

## 1 Clarifier "l'objet"

Au fur et à mesure de la construction de ce travail, est apparue la nécessité de clarifier l'objet.

Combien d'acteurs, de personnes rencontrées, de nos constats évoquent la complexité du système, la méconnaissance des circuits, de la place de chacun ? Faire la clarté sur l'objet est une des conditions préalables pour permettre une articulation ou fonder une coopération, une complémentarité.

Dans le propos de ce rapport, l'articulation entre niveaux d'intervention en santé n'est pas une fin en soi, mais un moyen pour rechercher une complémentarité entre situations et logiques différentes, améliorer la pertinence de politiques et pratiques de santé, éviter les dérives du centralisme, ou du localisme, valoriser la capacité des citoyens à être acteurs de la vie publique.

Parler d'articulation nécessite au préalable de connaître ce que l'on souhaite articuler :

- De quels acteurs parle-t-on : qui fait quoi, pourquoi, comment, avec qui, avec quoi ?
- Sur quoi portent les questions de l'articulation, de la cohérence entre politiques publiques et terrain : l'élaboration ? la concertation sur les attentes et les besoins ? le diagnostic (partagé avec qui) ?
- Comment définir les priorités, les méthodologies de mise en œuvre, les stratégies de financement adéquates ?
- Se pose également la question de la durée : veut-on inscrire cette cohérence, cette articulation dans la durée ? ou de façon conjoncturelle ? provisoire ? à certains moments ?
- Quel est le sens de l'intérêt nouveau (ou renforcé) du local pour les pouvoirs publics et pour les divers

intervenants ? quelle valeur ajoutée est espérée par rapport à l'objectif de qualité d'une politique de santé publique ? (sinon pourquoi consacrer du temps à rechercher une articulation, des interactions ?) quelle complémentarité synergique est attendue dans les relations entre les différents niveaux territoriaux impliqués par les politiques de santé ?

Favoriser l'articulation entre le niveau local et d'autres niveaux (départemental régional, voire national), c'est mettre des entités très différentes en capacité d'échanger et travailler ensemble. Ceci implique :

- de reconnaître cette différence, de la prendre en compte et d'organiser l'articulation en conséquence,
- de trouver une forme adaptée au contenu et à l'information en circulation afin qu'elle soit comprise à chaque niveau,
- d'organiser un mode d'échange qui permette une compréhension réciproque,
- de faire un effort particulier pour lier la diversité des acteurs (aux formes juridiques et institutionnelles les plus diverses, avec des enjeux propres et souvent non partagés) et aider à construire un socle d'informations et d'attentes partagées.

Alors que les différents acteurs voient leur action inscrite dans un contexte local marqué par l'éclatement et la complexité, nous estimons cette clarification particulièrement nécessaire. C'est la raison pour laquelle nous avons consacré à la question du "local" une sorte de préambule au présent rapport. Notre souci est non seulement de chercher à convenir d'un langage commun ou à analyser le contexte dans lequel on souhaite que soient favorisées de nouvelles formes participatives (s'organisant autour de projets, d'actions, de programmes), mais aussi de clarifier les raisons sous-jacentes à cette volonté affirmée de donner un rôle nouveau aux acteurs territoriaux : **souhaite-t-on véritablement mettre le local en capacité de faire des propositions, de s'organiser ?**

## 1 Des propositions issues d'acteurs de terrain

Depuis de nombreuses années, l'engagement de l'Institut Renaudot est centré sur les problématiques de santé communautaire et de santé de proximité. C'est ainsi qu'il a mis en place un centre de ressources, qu'il organise tous les deux ans des Rencontres des acteurs de santé communautaire français et étrangers, qu'il tient une Université annuelle (dont une en 2004 sur les politiques locales de santé). L'Institut Renaudot a également animé une séance « santé de proximité » dans le cadre du congrès annuel de la Société Française de Santé Publique, il a créé un observatoire européen des pratiques de santé communautaire et assure des accompagnements en santé de plusieurs villes ou communautés urbaines.

Cette commande confiée à l'Institut Théophraste Renaudot témoigne d'une reconnaissance de son action. Elle n'en constitue pas moins un défi redoutable. Son contenu s'est précisé lors de plusieurs rencontres de travail qui se sont tenues à la Direction Générale de la Santé et ont permis progressivement d'aboutir à la structure du présent rapport.

Sa première partie s'attache à présenter et analyser sans fard quelques réalités des fonctionnements des politiques publiques de santé et à présenter quelques éléments considérés comme contributifs aux enjeux actuels de santé publique et communautaire. Sa seconde partie propose quelques pistes de travail visant à améliorer les articulations entre niveaux d'intervention en santé et acteurs pour une meilleure réalisation de programmes et d'actions de santé publique au bénéfice des populations.

Deux écueils existent lorsqu'il s'agit, à partir de réalités parfois contestées, de construire des propositions : celui de tout repenser, de construire des propositions ex-nihilo, comme si n'existaient pas des réalités, des réponses, des expériences nombreuses, riches, ... mais aussi celui de ne s'appuyer que sur quelques témoignages, expériences singulières qui ne reflètent pas le vide sidéral de l'appropriation de démarches de santé publique de proximité.

Ce rapport a fait le choix de s'appuyer tout à la fois sur l'abondante production bibliographique traitant des questions abordées, sur la prise en compte de nombreux textes traitant des problématiques locales de santé, mais

aussi sur le regard des acteurs les plus divers et sur l'expérience de terrain, à travers les actes des Rencontres organisées par l'Institut Renaudot et sur une série d'entretiens avec des acteurs de santé que nous avons interrogés en vue de la production de ce rapport, sous couvert de l'anonymat afin de faciliter leur expression<sup>8</sup>.

Une large part de ce rapport sera consacrée à ceux qui sont les « soutiers » de la santé publique : il s'agit de ceux qui sont au plus près des habitants du fait de leurs activités professionnelles ou de leurs responsabilités institutionnelles ou politiques. :

- C'est notamment le cas des professionnels de santé (médecins, infirmières, psychiatres...) peu formés, peu « outillés » (paiement à l'acte, disponibilité, habitant rarement sur leur lieu d'exercice qu'ils connaissent mal ou pas, ...) pour s'inscrire explicitement et réellement dans des politiques publiques de santé.
- C'est aussi celui des collectivités locales dont le rôle réel, possible, souhaité, attendu en santé reste encore à visiter.
- Il s'agit enfin des habitants dont l'implication dans les politiques locales de santé est à la fois un gage de pertinence et une opportunité de valoriser leurs compétences.

## 1 Un travail nécessitant des prolongements

Nous tenons enfin à souligner que la réflexion est loin d'être achevée. Nombre de nos propositions nécessiteront, si elles sont retenues, d'être précisées. En France, nous sommes actuellement, en ce qui concerne l'organisation de la santé publique, au départ d'un processus (les GRSP ne sont pas encore définis, des textes de lois récents<sup>9</sup> devraient inciter aux réorganisations des interventions et politiques publiques,...). Il convient donc de considérer ce travail comme un point de départ appelant des prolongements.

## I. La question du "local" dans l'organisation de la santé

Il existe de nombreuses raisons de vouloir clarifier cette question du "local".

La première tient au flou qui entoure la notion elle-même :

- on constate un manque de repères, voire de connaissances en santé publique sur "le local" et "la proximité" ;
- la diversité des utilisations du terme local entraîne de nombreuses confusions : en santé publique, le terme s'applique souvent au niveau territorial régional, alors que pour les élus municipaux, le local est entendu comme le territoire communal, et, pour les acteurs dits de terrain, il s'agit parfois de territoire infra-communal.

La seconde tient aux liens entre la notion de local et les politiques de santé :

- l'hypothèse que l'amélioration des résultats en santé publique peut bénéficier – voire découler – de quelques-unes des caractéristiques du local et particulièrement de la plus grande proximité spatiale des divers acteurs qui la mettent en œuvre avec les habitants – usagers, se heurte au manque (plus ou moins important selon les régions) de reconnaissance, d'aide ou d'outillage de ce même niveau local ;

- enfin, la question du niveau territorial pertinent pour des politiques publiques de santé se pose. Si l'on est enclin à répondre que plusieurs niveaux peuvent être concernés, on est conduit à reconnaître aussitôt que la prise en compte du niveau local (comme dans l'expérience des ASV, des PTS<sup>10</sup> dans le Nord - Pas de Calais), oblige à une structuration des articulations verticales, et notamment à un positionnement des services déconcentrés de l'État.

Notre objectif dans les pages qui suivent n'est pas tant de donner une définition consensuelle du local, que de proposer une définition opérationnelle permettant d'analyser, dans le domaine des politiques de santé et d'éducation à la santé, les réalités qui se rattachent à l'échelon "local". L'enjeu est aussi d'explicitier les potentialités du niveau local infra-départemental pour le positionner comme un cadre incontournable des politiques de santé, en s'appuyant sur l'expérience, la place, les moyens, les compétences de ceux qui sont au quotidien les maîtres d'œuvre d'actions de soins, de prévention, d'éducation à la santé et de santé communautaire au plus près des habitants.

## A. Le "local" : une notion à préciser

Dans l'approche communautaire, le territoire de santé est souvent abordé à l'échelle du quartier car il permet une approche « intime » et une plus grande proximité avec les acteurs et les habitants. Cependant, le quartier correspond rarement aux unités géographiques définies au niveau institutionnel et aux territoires d'intervention des services médico-sociaux. De même, au niveau des « statistiques sanitaires », l'analyse d'un quartier est rarement disponible et n'apporte habituellement pas d'informations significatives en elles-mêmes.

Abordé dans une perspective urbaine, celle des villes et des banlieues, le territoire permet une approche « écologique », prenant en compte les interactions entre milieu de vie et individus. En zone rurale, la mise en place des « pays » offre un autre espace d'intervention centré sur les ressources en santé et les zones d'attraction économiques.

Propos entendus lors des entretiens menés dans le cadre de ce travail<sup>1</sup> :

*« Il faut mieux définir les niveaux locaux. Chez nous, l'arrondissement qui sert souvent de relais territorial, ne correspond pas à une logique populationnelle. Ce sont l'agglomération, le pays ou la commune qui sont opérants».*

*« Les Programmes Territoriaux de Santé sont dans un premier temps des instances territoriales positionnées à une échelle « Arrondissement », voire « Agglomération ».*

L'utilisation que nous faisons du terme de "local" dans ce rapport renvoie à une notion de territoire **infra-départemental**, que ce soit sur le plan géographique, politique et administratif. Ce mode d'approche permet de traiter les questions selon différents points de vue :

- politique : c'est la commune, le pays, la communauté de communes,
- géographique : ce peut être le territoire d'un quartier, d'une commune, d'un canton, ...
- administratif : un SCHS<sup>11</sup>, un service de santé, un hôpital local, ...

Cette diversité nécessaire des tailles des territoires en fonction des points de vue et des problèmes est d'ailleurs soulignée dans la circulaire d'organisation des soins<sup>12</sup>.

Le terme local sera donc à définir sur chaque territoire infra-départemental en fonction de ses particularités et nécessitera

de prendre en compte :

- la proximité avec les habitants,
- une dimension suffisamment vaste pour être « significative »,
- et une dimension maximale de 50.000 habitants pour faciliter la mobilisation de tous les acteurs sur un territoire dans lequel ils perçoivent les effets de leur action.

*« Les politiques de territorialisation en lien avec la création des Pays pourraient rejoindre les préoccupations de la santé publique à retrouver des échelons intermédiaires proches du local. Il faut réfléchir à des articulations ».*

## B. Une réalité encore diversement investie par les acteurs

Il serait inexact de laisser croire que, du fait qu'il n'a pas compétence dans le domaine de la santé et n'est pas institutionnellement organisé à cet effet, l'échelon local ne se sent pas concerné par les questions de santé.

L'expérience prouve au contraire que non seulement des initiatives variées, novatrices et parfois anciennes existent sur nombre de territoires, mais que les acteurs locaux, élus et associations en tête, sont de plus en plus investis dans ce domaine.

La pression d'une opinion publique fortement sensible à sa qualité de vie n'y est pas étrangère. Nous avons toute raison de penser que l'échelon de proximité peut devenir un niveau pertinent pour l'élaboration de politiques de santé.

## 1. Des réserves encore importantes, dominantes chez les élus locaux

La plupart des élus communaux considèrent la santé (encore très souvent assimilée aux soins) comme relevant de l'État, de la Sécurité Sociale, des médecins, ...

*Alors que des élus qui envisageraient d'intervenir en santé s'interrogent sur la légitimité de leur intervention en santé («Cependant, depuis longtemps, les localités n'accordent pas une importance suffisante aux problèmes de santé et ne se rendent pas pleinement compte des grandes possibilités dont elles disposent pour les résoudre»<sup>13</sup>), d'autres craignent avant tout le transfert de charges.*

*« Le levier des collectivités locales va être bloqué par leurs craintes devant les responsabilités générées, en particulier à cause des financements corrélés ».*

Pourtant, si les villes n'ont pas de responsabilité en matière de soins, elles ont une responsabilité de plus en plus grande sur nombre de déterminants de santé : environnement, qualité de la vie, logement, éducation, sports, ... et sur tout ce qui participe au bien-être des habitants.

*« Il n'est pas douteux que les localités deviendront un niveau de plus en plus important d'actions de santé publique dans la région européenne de l'OMS au XXI<sup>ème</sup> siècle. Les villes et localités se voient confier des responsabilités plus importantes pour le bien-être de leurs citoyens ».*

Les élus sont de plus en plus interpellés par des habitants qui se plaignent de manque de soins, de nuisances (bruit, pollutions, insécurité, ...), ou d'accidents avec des retentissements sur leur santé.

## 2. L'échelon local de plus en plus intéressé par les questions de santé

Si les départements gardent encore une compétence dans le domaine de la prévention, il convient ici de rappeler que les lois de décentralisation (1983 et 2004) ne donnent aucune compétence règlementaire aux communes en matière de santé publique, hormis les tâches d'hygiène publique.

Toutefois, au fil du temps, depuis la période hygiéniste du début du 19<sup>ème</sup> siècle jusqu'à aujourd'hui, se sont créées sur le territoire des communes (de façon dispersée, inégale selon les régions, en nombre certes modeste) différentes formes d'intervention volontariste en promotion de la santé ou santé publique. Le réseau des services communaux d'hygiène et de santé (environ 200 SCHS en France aujourd'hui) constitue l'une des rares structures pérennes de santé publique en France, disposant d'un ancrage historique qui en fait l'un des porteurs de l'histoire de cette santé publique, avec ses heures de gloire comme ses leçons difficiles. L'exemple du saturnisme montre combien plusieurs SCHS ont su rapidement réactiver des démarches efficaces et novatrices intégrant quelques décennies d'expérience. Leur statut spécifique, alliant représentation du Préfet et du Maire, est une des rares configurations dépassant le cloisonnement des pouvoirs publics. De même, il s'agit d'équipes

pluridisciplinaires.

La santé est maintenant un enjeu politique que des élus locaux prennent de plus en plus en compte. En plus grand nombre, les villes s'investissent dans des démarches de santé, selon des formes d'ailleurs très diverses :

Depuis 2001, dans le cadre de la Politique de la ville (volet santé des contrats de ville), se sont créés des Ateliers Santé Ville, dispositif de coordination, d'impulsion de la transversalité en santé.

Depuis 1987, à l'initiative de l'Organisation Mondiale de la Santé, s'est développé le réseau des Villes-Santé qui engage politiquement les villes en promotion de la santé. Le réseau français comporte actuellement 70 villes. En convention avec la Direction Générale de la Santé, il est en train d'élaborer des guides méthodologiques sur les thématiques de nutrition et d'observation locale en santé.

Sur d'autres territoires locaux, ce sont des réseaux de santé, des CCAS<sup>14</sup>, des associations, des conférences locales de santé voire des secteurs psychiatriques qui développent des démarches concertées, coordonnées de santé.

### 3. Des acteurs et des formes d'intervention en santé diverses et nombreuses

Le champ de la santé est investi par plusieurs catégories **d'acteurs** (très inégalement informés des lois, dispositifs, organisation en santé publique, ...), dont on peut faire une identification rapide :

- des institutions de santé, éducatives, culturelles, ...
- des professionnels médicaux, sociaux, éducatifs, ...
- des élus,
- des associations de droit ou de fait,
- des bénévoles,
- des habitants isolés
- et d'autres acteurs concourant à la santé globale (enseignants, travailleurs sociaux, urbanistes, ...).

**Les interventions locales en santé publique et promotion de la santé** sont aussi nombreuses que le sont les divers acteurs locaux de santé :

- actions de soins des professionnels, hospitaliers ou de ville (libéraux, centres de santé),
- actions propres des services de PMI<sup>15</sup>, ou de santé scolaire,
- actions de santé des habitants, ....

Elles sont, pour leur plus grande part, dispersées, individuelles, compte tenu de la place prépondérante occupée par le secteur libéral et des parts respectives actuelles du soin et de la prévention. Pour un certain nombre d'entre elles, les actions peuvent être plus collectives, partenariales, intersectorielles.

Sur les territoires (communes, communautés

d'agglomération, Pays, ...) qui ont développé et organisé des espaces d'animation, de concertation ou de coordination en santé publique, existent (pour ne citer que quelques-unes des formules de coordination retrouvées et qu'il conviendrait sans doute pour un travail ultérieur de mieux recenser) différents acteurs responsables de cette animation locale :

- directeurs des services communaux d'hygiène et de santé,
- directeurs de services municipaux de santé,
- directeurs de CCAS,
- coordinateurs santé au sein de CCAS,
- animateurs Ville-Santé,
- animateurs ou coordinateurs d'Ateliers santé ville,
- animateurs de CLIC<sup>16</sup>
- les coordonnateurs des Programmes Territoriaux de Santé (région Nord-Pas de Calais et Provence-Alpes-Côte d'Azur).

La construction d'actions collectives et coordonnées reste cependant un phénomène encore marginal au niveau local. Ce rapport s'attachera à développer plus particulièrement les modalités de construction et de mise en œuvre d'actions collectives, coordonnées en santé publique locale qui devraient concerner tous les acteurs locaux (élus, professionnels de santé libéraux ou salariés, associations, habitants, secteur hospitalier, santé scolaire, acteurs intervenant dans d'autres champs que le champ sanitaire, ...).

### C. Un enjeu posé au niveau local : confirmer l'intervention locale en santé et organiser sa structuration

La question et même le défi posés à la diversité des acteurs et décideurs locaux par les nouvelles dispositions législatives en santé sont importants. En cohérence, ou en complémentarité, avec l'organisation proposée et mise en œuvre par la loi de santé publique, et une fois reconnue la pertinence du niveau local : quelles pratiques, quelles organisations (actuelles ou nouvelles) en santé publique et santé communautaire proposer au niveau local ?

En effet, alors que le niveau déconcentré régional ou départemental (services déconcentrés de l'État, services de santé des administrations régionales ou départementales) reposent sur une organisation structurée, il en va tout différemment du niveau local, comme nous l'avons exposé précédemment.

Dans le nouveau paysage de santé en construction, ce sont les élus locaux, les associations, les professionnels qui auront à préciser leurs attentes, à faire connaître leurs interventions en matière de structuration des pratiques concertées, coordonnées en santé publique et communautaire.

Il ne s'agit pas d'**envisager le territoire local** comme un échelon supplémentaire de déconcentration de l'organisation de la santé publique de l'État, mais comme **un partenaire à part entière de la définition et la mise en œuvre des politiques publiques de santé.**

Même si de nombreux élus locaux hésitent encore à

intervenir en facilitateurs, coordonnateurs des actions locales de santé, des réseaux de santé, des associations ou regroupements d'associations ont innové en matière d'intervention structurée, coordonnée en santé locale. Néanmoins, les quelques 70 Villes-Santé OMS<sup>17</sup> françaises, les 100 Ateliers Santé Ville annoncés pour la fin de l'année 2005 sont autant de réponses concrètes à l'intérêt d'une implication des élus locaux en promotion de la santé.

Mais la ville n'est pas le seul intervenant local possible, car elle n'est pas toujours le niveau territorial le plus pertinent. Compte tenu de l'organisation administrative des territoires en France (du fait du nombre d'habitants, de logiques de développement partagé), d'autres instances telles que les Pays et les Communautés de communes sont, ou peuvent être, pertinentes pour la gouvernance locale de santé.

## 1. Confirmer la pertinence d'une coordination locale en santé

Il est nécessaire tout d'abord de pointer du doigt une situation assez contradictoire : alors qu'il existe déjà une diversité de formules d'animation en santé sur les territoires locaux, on constate, qu'en raison de l'hétérogénéité des situations, de leur faible nombre et de leur absence de visibilité, il n'existe sur l'ensemble du territoire national que peu d'animateurs santé locaux qui soient légitimés par les pouvoirs publics (DDASS<sup>18</sup>, DRASS<sup>19</sup>, ...), voire identifiés et reconnus sur leur propre territoire d'intervention.

En février 2000, le groupe de travail « santé et pratiques sociales » du Conseil National des Villes proposait une

coordination santé dans chaque ville : *« Il est recommandé de créer une architecture cohérente, soutenue au niveau municipal par une volonté politique portée par des élus et des services, qui résiste au temps à travers les échéances électorales ».*

Des recommandations pour cette fonction d'animateur local en santé publique ont également été faites par :

- **l'Organisation Mondiale de la Santé** : *« Comme cela a été le cas au niveau national, il est très important que la fonction de santé publique au niveau local possède une ossature de services spécialisés de santé publique ayant à sa tête un directeur de santé publique local ou une personne investie de responsabilités analogues. Celle-ci devrait pouvoir faire appel aux compétences techniques et aux ressources nécessaires pour évaluer la situation sanitaire locale et les déterminants de la santé au niveau local, connaître les principales stratégies permettant de les influencer au moyen de programmes bien conçus sur les modes de vie et la santé, l'environnement et la santé, et la gestion des soins de santé, et posséder les qualités d'animateur nécessaires pour pouvoir inspirer de nombreux partenaires au niveau local, tels que les écoles, la police, les entreprises et les groupes religieux notamment, pour qu'ils participent à des efforts menés sur le plan local »<sup>20</sup>.*

- **Rescomm et Institut Renaudot** dans l'étude sur « la santé dans les villes de plus de 30.000 habitants », insistant sur cette ressource locale en santé jugée indispensable pour asseoir de façon pérenne l'intervention locale en santé.

Alors que l'intervention locale organisée en santé publique reste assez marginale, Il est intéressant de constater que des textes de plus en plus nombreux (travaux, études, textes officiels) conseillent, encouragent l'intervention en santé publique locale.

Citons, outre les textes précédents, la circulaire de juin 2001 sur les Ateliers Santé Ville.

## 2. Définir des territoires de santé infra départementaux

*« Aller au plus près des habitants : une politique de santé qui pour eux reste dans le discours a peut-être une incidence immédiate, mais pas sur le long terme ».*

*« Si la politique de santé publique est réaffirmée à un niveau régional, il me semble essentiel qu'elle s'appuie résolument sur les dynamiques infra-régionales enclenchées (sur les PTS en ce qui concerne notre région), les rapprochements opérationnels tant sollicités entre le secteur sanitaire, l'action sociale et médico-sociale ne peuvent s'opérer sans cette articulation de niveaux ».*

*« La région est compatible avec l'Europe mais pas avec les besoins des acteurs de terrain (connaissance de proximité, besoin de soutien, de prise en compte des besoins locaux,...) ».*

Il existe de nombreux territoires opérationnels différents en matière de santé ; selon le type de questions à traiter, ceux-ci s'empilent le plus souvent sans se superposer : hôpital, personnes âgées, organisation de la garde médicale, secteur psychiatrique, ...

Cette richesse va de pair avec une grande hétérogénéité des opérateurs locaux de santé publique. Elle n'est pas sans rapport avec l'importante disparité en matière d'articulation avec les niveaux départementaux, régionaux et nationaux.

Il est donc nécessaire de définir des territoires de santé infra-départementaux, où se retrouvent l'ensemble des acteurs de santé. Ces territoires devront être suffisamment vastes pour rassembler les informations nécessaires pour un diagnostic fiable, mais pas trop étendus cependant pour que toutes les ressources locales se sentent concernées et s'impliquent.

## II. Des conditions pour une articulation entre politique publique et intervention locale en santé publique

Une démarche globale de promotion de la santé doit reposer sur une prise en considération coordonnée des différents niveaux territoriaux (du local au national). L'échelon local – pour les raisons développées plus haut – étant un niveau incontournable de notre système de santé.

*« Le projet de loi est muet sur ce point. Dans un sens, cela laisse aux niveaux régionaux et aux collectivités locales la capacité d'élaborer progressivement leur propre doctrine, ce qui est plutôt un atout face à la diversité des territoires. D'un autre point de vue, cela risque d'être compris comme une absence de reconnaissance du rôle fondamental des acteurs territoriaux et des initiatives locales. À défaut de référentiel sur l'organisation des actions de santé dans les territoires, des échanges de pratiques entre régions mériteraient d'être organisés sur ce point, de façon à clarifier progressivement les relations entre les actions des communes, la politique nationale et la politique régionale de santé publique »<sup>21</sup>.*

Toute évolution suppose la recherche de mise en synergie des différents niveaux. La reconnaissance de l'échelon local ou de proximité, le soutien aux acteurs locaux, la mise en place d'une organisation infra-régionale sont donc à confirmer et à conforter.

## A. Prendre en considération l'échelon local ou de proximité

La reconnaissance politique du « local » passe par une vision claire, partagée par les pouvoirs publics comme par les acteurs locaux, de la valeur ajoutée de la santé dans les politiques publiques locales, au même titre que la culture, le logement ou les espaces verts. Elle repose également sur une prise en compte de ses ressources et ses enjeux propres, sur une reconnaissance du niveau communal comme un niveau pertinent et indispensable de diagnostic, d'analyse, de propositions, d'actions et d'évaluation.

### 1. Reconnaître la santé comme enjeu territorial

La santé peut être perçue comme enjeu territorial à partir du moment où on la considère comme un élément du bien-être d'une population sur un territoire donné. Cette perception globale est la seule qui soit de nature à favoriser l'implication de tous les acteurs, et notamment des élus, qui peuvent y trouver des échos à des politiques d'aménagement du territoire ou de réduction des inégalités. Force est de reconnaître cependant que cette perception globale n'est pas la plus largement partagée.

*« Quand la loi se profilait (printemps 2003), les élus se sont déjà émus de la prédominance annoncée de l'État, qui était choquante dans sa présentation. En effet, la santé publique est l'affaire de tous ; les textes ont l'air de l'oublier ».*

Afin de développer des politiques locales de santé publique et

de promotion de la santé, un véritable changement culturel est nécessaire. À cette fin, les différents acteurs (l'État et ses services, la Région, le Département, les organismes de Sécurité Sociale, les lieux de formation, ...), devraient être aidés pour mieux connaître et prendre en compte la proximité :

- considérer l'échelon local comme une ressource pour mettre en place des projets de santé : compétences transversales en matière de bien-être, de proximité, de connaissance des attentes des habitants ;
- considérer les ressources et l'histoire de l'échelon local pour mettre en place des projets cohérents avec le territoire.

## 2. Prendre en compte les besoins et attentes des acteurs de proximité

L'implication des acteurs de proximité nécessite la prise en considération de leurs attentes et besoins pour fonder et améliorer la pertinence des orientations régionales de santé publique, PRSP, GRSP.

*« Il faut rencontrer les gens là où ils sont, suivre leurs parcours de vie. Nous, acteurs de santé, méconnaissons les lieux qu'ils fréquentent. Comment faire de la santé publique chez le coiffeur, dans les commerces, à la pharmacie, à la GRAM, à la Gaiasse de retraite, chez le*

Elle passe également par une appropriation des enjeux, ce qui suppose que les acteurs soient en mesure de définir leurs besoins et de peser sur les solutions possibles. À partir de là, les priorités nationales pourront être déclinées.

### 3. Développer des outils d'observation

Nous avons évoqué plus haut<sup>22</sup> le manque d'outils de repérage des situations, des problèmes et des besoins.

Des observatoires locaux sanitaires et sociaux permettraient, en croisant les données sanitaires et sociales, de mieux appréhender la réalité locale et de susciter des dynamiques de changement en impliquant les différents acteurs de santé et du secteur social au repérage des besoins, et à la recherche de solutions.

*« Pour faciliter la prise en compte des préoccupations du local au niveau régional, il faut créer par « bassin de vie » des observatoires santé/social pour déterminer les priorités locales. Il ne s'agit pas de territoires de santé centrés sur*

Le repérage des problèmes et des besoins en lien avec l'échelon local modifierait certainement la place de la santé dans les politiques territoriales et permettrait de définir un Projet Territorial de Santé, en cohérence avec le PRSP. C'est là tout le sens et toute la place d'un diagnostic réellement partagé par l'ensemble des acteurs, locaux et régionaux. Ce diagnostic mettra à plat les besoins de santé comme les besoins de soins, afin de pouvoir agir sur tous les déterminants de la santé, de la prévention au sens large du terme jusqu'à la continuité des soins, voire la régulation des urgences.

#### 4. Soutenir l'existant

Comme le souhaitent les acteurs locaux, la reconnaissance de l'échelon local consiste également à apporter une reconnaissance et un soutien à ce qui existe déjà (actions pertinentes engagées, dispositifs tels que les « profils de santé » des villes-santé OMS, diagnostics locaux de santé, conférences locales, comités de santé, ...).

*« Je crains que les nouvelles orientations soient perçues comme ne tenant pas compte de l'énorme travail entrepris. Je crains surtout que les dynamiques lentement élaborées se cassent. Ces lois ne sont que dans une logique*

Parmi les initiatives existantes qui seraient à soutenir ou renforcer, citons notamment :

- **Le projet des Villes-Santé OMS** (entre 50 et 100 villes en France), qui a déjà défini toute une série de modalités d'intervention locale en promotion de la santé, élabore des guides méthodologiques spécifiques aux villes sur certaines thématiques, propose un outil d'observation locale en santé "*Vers un profil santé de villes*", se dote d'une instance partenariale, intersectorielle de pilotage de la concertation et de l'aide à la mise en œuvre.
- **Les Ateliers Santé Ville**, qui devraient être une centaine en

France d'ici la fin de l'année 2005 et qui ont développé des diagnostics partagés, des méthodologies d'intervention concertées en santé.

- **Les Services communaux d'hygiène et de santé** (environ 200 sur le territoire) : réactiver le réseau des SCHS dans le cadre du déploiement local de la santé publique contribuerait à renforcer les compétences locales en santé publique. Il conviendrait de définir un niveau minimal de qualification, de moyens, de formation, de niveau de direction pour l'ensemble des SCHS, tant pour ceux qui restent ciblés sur les questions d'habitat/santé que pour ceux ayant élargi leur champ d'intervention.

Il s'agirait également de reconnaître les SCHS comme acteurs à part entière d'une interaction entre des besoins locaux, analysés localement (avec une garantie de qualification dans le diagnostic) et des priorités régionales, nationales ou départementales.

Cette reconnaissance passerait également par la mise à disposition des moyens adéquats, selon des modes conventionnels qui permettent une évaluation réelle, sur des durées pluriannuelles, correspondant à la programmation en santé publique et avec réduction de l'hypertrophie administrative actuellement liée aux systèmes de financements.

- Enfin, il s'agirait de prendre en compte Les travaux, les productions des **Conférences locales de santé et autres formes de forums de concertation** mis en place par les collectivités locales.

- Les programmes territoriaux de santé (PTS)

*« Ils permettent une prise en compte des besoins locaux et des orientations régionales... Les comités de pilotage et techniques des PTS représentent généralement bien les niveaux locaux dans leur diversité ... Ils investissent la commune comme un acteur de la santé ».*

*«Il est essentiel que les PTS soient reconnus et soutenus sans réserve par le niveau régional. Les PTS ne sont en aucun cas des concurrents potentiels mais bien des partenaires incontournables. L'articulation entre niveaux doit alors être renforcée, les informations échangées (remontées du terrain, échanges méthodologiques, débats sur les thématiques, modalités d'évaluation, ...) ».*

## **B. Favoriser l'intervention locale en santé**

Si l'intention est bien de permettre aux acteurs locaux d'être des interlocuteurs et des intervenants dans des politiques publiques de santé, l'objectif à poursuivre est de mettre le local en capacité de faire des propositions et de s'organiser.

Au bout du compte, ce sont les personnes qui, par la modification de leurs comportements, vont être les principaux acteurs de la santé publique. Puisqu'on ne manque pas de faire appel à leur responsabilité, il faut aussi leur permettre d'acquérir la capacité de l'exercer et de participer

aux programmes et actions de santé dès le stade de leur élaboration.

À cet effet, il nous paraît nécessaire :

- d'inscrire le niveau de proximité dans tous les schémas, organigrammes, dispositifs visant à associer le niveau local, de proximité à l'élaboration et/ou la mise en œuvre de politiques publiques,
- de préciser quelques modalités de cette implication attendue des élus au sein des GRSP, Conférences régionales de santé ... en veillant à leur représentativité locale,
- de prévoir et mettre en place les formations nécessaires.

### 1. Donner leur place aux interventions collectives locales

Les interventions collectives, communautaires en santé publique et promotion de la santé, menées au niveau local sont diverses et trouvent ou pourraient trouver leur place dans les politiques publiques :

- consultations sur problèmes et besoins : diagnostic local, « Vers un profil santé de ville » (du réseau français des Villes-Santé OMS), conférences locales de santé,
- coordination des acteurs autour de problématiques de santé (réseaux de santé, comités locaux de santé,
- actions coordonnées sur les déterminants de la santé,
- actions coordonnées en prévention et éducation pour la

- santé,
- interventions sur les problématiques d'accès aux soins, d'urgences et de continuité des soins,
  - déclinaison d'objectifs financés par divers interlocuteurs (État, Région, Département, Sécurité Sociale, ...).

## 2. Favoriser l'animation et la coordination en santé

Le dialogue entre niveau régional ou départemental et local, la facilitation de la prise en compte voire la déclinaison des programmes régionaux de santé publique au niveau local supposent que soient créées ou confortées des interfaces permettant l'émergence et la structuration de dynamiques locales.

*« Utiliser des relais entre le régional et les habitants est un bon choix... La question est : quel relais ? Les élus sont débordés, bombardés de nombreuses missions et la santé ne les intéresse pas le plus souvent. Les meilleurs relais, ce sont les responsables et les acteurs des associations locales ».*

*« L'ensemble du territoire devrait être couvert par des référents locaux, tels les coordonnateurs de Programmes Territoriaux de Santé (PTS) qui couvrent certaines régions (15 dans le Nord-Pas de Calais) ».*

### 1 Une fonction d'animation locale en santé

La création d'interfaces passe, entre autres, par la

reconnaissance, quand elle existe, ou l'encouragement à la création de la fonction d'animation ou de coordination locale de santé (à l'échelon communal, intercommunal ou du Pays).

Cette fonction d'animation locale devrait être en capacité de :

- d'aider à reconnaître les besoins et les demandes locales et les faire remonter au niveau régional,
- de mobiliser les ressources locales,
- de mettre en lien le local, en animant des espaces de rencontre entre acteurs locaux et en coordonnant des actions,
- d'aider à la prise en compte des priorités régionales au niveau local.

Alors que la loi de santé publique affirme une volonté de continuité et de prise en compte des programmes existants au niveau régional (PRS, SREPS,...), elle ne dit rien concernant l'échelon local dans ce domaine. Il serait donc intéressant que ces référents aient pour mission de valoriser, conforter les niveaux de coordination de proximité existants (ASV, PTS, ....).

## **1 Une fonction de coordination supra-locale (départementale ou/et régionale)**

Des postes de référents territoriaux de santé pourraient aussi être créés en vue d'assurer une fonction de coordination supra-locale. Celle-ci se résume en quelques mots : capitaliser, animer, accompagner.

↳ **Capitaliser**

Il s'agirait, d'une part, de collecter et de rassembler les

expériences de coordination de proximité existantes (ASV, Réseau Villes-santé OMS, Programmes Territoriaux de Santé, Programmes Locaux de Santé Publique, ...) et, d'autre part, de favoriser les échanges entre ces différents coordinateurs.

*« L'évaluation des PRS n'a pas été suffisamment utilisée, dans plusieurs régions. Il y a pourtant une mine inexploitée ».*

### ↳ **Animer et accompagner**

Aux niveaux régional et/ou départemental, cette coordination supra-locale pourrait assurer l'animation des « référents territoriaux de santé », mais aussi **assurer leur accompagnement** dans la mise en œuvre de projets locaux (conseils méthodologiques, temps d'échanges, formations, analyse de pratiques, ...).

*« La déclinaison locale des PRSP dépendra aussi de la professionnalisation des opérateurs ».*

*« Qu'elle s'appuie sur des relais stables ; avec la disponibilité de personnes ressources pour accompagner les opérateurs, concernant les appuis méthodologiques, ... ».*

*« Le soutien, voire l'encadrement des coordonnateurs de PTS semble important ».*

### 3. Missions proposées pour la fonction d'animateur ou référent territorial de santé

Cette fonction de coordination, d'animation locale de santé

doit être confiée à une personne légitimée par un mandat. Ce professionnel de l'animation locale en santé pourrait avoir pour missions de :

- promouvoir les démarches communautaires en santé associant la population,
- assurer la mise en synergie entre les acteurs de champs différents,
- garantir la validité et la prise en compte des besoins exprimés au niveau local,
- assurer leur prise en considération et leur soutien au niveau départemental ou régional,
- favoriser leur articulation,
- coordonner la mise en place et l'évaluation des programmes territoriaux de santé pertinents et cohérents,
- faciliter la recherche et la cohérence des financements,
- sensibiliser les acteurs locaux aux orientations de la politique nationale,
- accompagner les projets locaux de santé,
- animer les réseaux locaux de santé.

Quelle que soit la tutelle, la lettre de missions du « coordinateur », du « référent local de santé », de « l'animateur santé », du « directeur » doit être claire et partagée par les différentes institutions référentes.

Cette fonction de coordination locale de santé implique **une pratique de réseau** plus que de service, afin d'éviter les cloisonnements et de mettre en œuvre la multidisciplinarité, la transversalité et toute la dynamique de la santé communautaire qui donne (ou laisse) une vraie place aux

habitants – usagers – citoyens.

Cette coordination locale de santé peut s’inspirer des CLIC, à condition d’éviter les blocages institutionnels et politiques. Elle peut s’inspirer des ASV, avec sa dimension partenariale ville - État, en évitant d’être seulement un dispositif municipal pour pouvoir coordonner l’ensemble des acteurs de santé de la ville. Elle aura à prendre en compte les recommandations du réseau français des Villes–Santé de l’OMS, par exemple : « *L’ASV implique une fonction d’animation locale conjuguant des compétences d’ingénierie de projet et des compétences en matière sanitaire et sociale* »<sup>23</sup>.

Cette coordination, associée à la mise en place d’un observatoire sanitaire et social, pourra alors servir de veille sanitaire (voire sociale) locale, qui devrait pouvoir répondre de façon plus adaptée à des problèmes tels que la canicule, le froid, voire les urgences médico-sociales ou psychiatriques.

Selon les contextes, cette coordination peut être assurée par un GIP<sup>24</sup> (cf ASV en lien avec les GPV<sup>25</sup>) ou par une association.

#### 4. Le temps, un facteur indispensable à la réussite...

L’implication des acteurs dans une démarche de santé prend du temps (temps de la compréhension de la démarche, de l’appropriation, de la création de la confiance, de l’implication). Cet investissement en temps dans des projets de santé n’est généralement pas reconnu, alors même que les

PRSP et les projets thématiques nécessitent pour les acteurs locaux un important investissement en temps (réunions d'information, de construction, de suivi, ...).

## **1 Quelques constats et observations**

Le temps est un élément déterminant à prendre en compte dans la question du travailler ensemble, du partenariat, de la mise en concordance entre politiques publiques et proximité. Pourtant, les acteurs rencontrent quelques inepties telles que :

- des appels à projets adressés 15 jours avant leur date de clôture !
- l'élaboration du PRSP en 1 mois !

Les notions de temps ne sont pas les mêmes que l'on soit élu local (6 ans), institutionnel (2 à 5 ans), habitants, professionnels, ... Devant une situation "urgente" les habitants veulent apporter une solution immédiate. Leur premier souci n'est pas, au départ, de s'organiser en association, type d'organisation reconnu par l'Institution.

Les différents temps des acteurs sont parfois difficiles à concilier avec le temps d'un projet rythmé par des objectifs et des échéances pré-établies. Les disponibilités de temps ne sont pas conciliables pour tous : les professionnels libéraux vont être disponibles le soir ou le week-end, ...

## **1 Aussi, quelques propositions**

- 1 Faciliter l'inscription des projets dans le temps par des financements pluriannuels.
- 1 Proposer des délais cohérents avec les démarches participatives

## 5. Les financements, nerf de la santé publique

La logique budgétaire actuelle s'oppose souvent à l'instauration d'une démarche participative et à sa pérennité. Elle s'oppose parfois aux besoins exprimés par la population au niveau local et crée même une « mise en concurrence » des acteurs locaux qui freine la mise en lien et la coopération.

### **1 Quelques constats et observations**

Quand le projet vient d'une commande de l'État avec un financement non pérenne (ex : ASV), la question de la durabilité et de la constance est difficile : qui reprend la main

ensuite ? La logique de demande de financements incite les professionnels à remplir des cases en amont du cahier des charges, ce qui empêche l'implication d'autres partenaires et la démarche communautaire.

*« Quand on demande des crédits, on ne nous les accorde pas complètement, on doit trancher dans le vif de l'action. Il existe des quotas de sélection (10 sur 30 projets) ».*

*« Ce sont des crédits d'impulsion. Les porteurs considèrent souvent que les financements sont acquis, car pluriannuels, donc pérennes. Et les crédits de droit commun ne sont pas au rendez-vous ! Si l'action est valable, les financeurs n'abandonnent pas le porteur, mais ce soutien se fait alors au détriment de nouvelles actions ».*

*« Pour articuler besoins locaux et régionaux, proposer une ligne budgétaire pour soutenir des « projets territoriaux de santé ». Cette ligne permettrait de soutenir des programmes pertinents avec les réalités spécifiques des territoires ».*

Le financement se fait par thématique alors qu'il y aurait souvent nécessité de penser le problème de façon transversale au niveau d'une population.

*« La technicité pour remplir les dossiers de financement : personne ne peut aider, indiquer... On est coincé dans des logiques cohérentes mais, en fait, de l'ordre du mille-feuilles ».*

## **1 Aussi, quelques propositions**

- 1 Clarifier et simplifier les dossiers et procédures :
  - Clarifier les dispositifs et modalités de financements ;
  
  - Renforcer la pratique des dossiers uniques de financements (ex : dossier du promoteur, dossier du porteur, ...) en les faisant connaître à toutes les intervenants de proximité en santé ;

1 Accompagner et sécuriser les porteurs de projets :

- Proposer un accompagnement aux porteurs de projets et notamment aux bénévoles et usagers pour rédiger leurs demandes de subventions ;
- Sécuriser les acteurs de terrain en accordant des crédits pluriannuels en rapport avec les projets. Il s'agit de renforcer la cohérence entre durées respectives des actions et des financements ;
- Disposer d'un calendrier connu et donner du temps aux acteurs locaux pour préparer leur(s) projet(s).

1 Prendre en charge les frais engagés par les acteurs :

- Favoriser la reconnaissance de l'investissement des acteurs de proximité, notamment des habitants, des professionnels libéraux, des réseaux, des centres de santé, de la santé scolaire, ... dans les instances régionales et les coordinations locales: défraiement, financements ou autres,...).

- 1 Favoriser une cohérence territoriale des financements :
  - Créer une nouvelle ligne budgétaire « Programmes Territoriaux de Santé.

### C. Mettre en place une organisation infra-régionale de la santé publique

C'est le niveau régional qui a été désigné comme niveau pertinent d'élaboration des programmes de santé. À ce niveau, coexistent plusieurs programmes de santé dont PRSP, SROS, PRAM<sup>26</sup>, SREPS, ... eux-mêmes produits d'objectifs nationaux.

Au niveau local, les déclinaisons de ces programmes arrivent – sauf exceptions – auprès des acteurs de proximité, séparément ou dispersés, en termes d'objectifs ou d'appels à projets. L'objectif d'une mise en cohérence départementale tant en termes de planification qu'en termes de concertation et mise en œuvre pose la question de cette même cohérence au niveau local.

Nous proposons dans cette partie une déclinaison locale, conforme aux réalités locales, des divers temps d'une politique de santé : planification, concertation et mise en œuvre. Il convient de distinguer les différents temps mais aussi les places des acteurs dans chacun de ces temps.

## 1. La planification, la programmation et la coordination des politiques publiques

L'objectif d'une mise en cohérence départementale pose la question de la possibilité de cette mise en cohérence au niveau local (organisation, déclinaison et planification locale). Cette question en suscite une deuxième : Comment faire bénéficier la planification régionale des démarches de planification locale ?

### 1 Quelques constats, observations et besoins exprimés

Les acteurs que nous avons interrogés font des remarques sur la prise en considération et l'écoute du niveau local, sur la nécessité de méthodes et de règles :

1 La prise en considération du niveau local :

- « Le niveau "supra" doit réellement prendre en compte le niveau "infra" ; en terme de lisibilité, d'écoute, de rythme, de soutien, de logiques différentes, de besoins différents voire contradictoires ».

- « (Le principal frein à l'articulation), c'est d'abord l'absence de place laissée au local pour l'expression

## 1 Nécessité de méthodes et de règles :

- *« Dans l'élaboration, la mise en œuvre des PRSP, les Conférences régionales, le SROS, même si c'est écrit, les règles ne sont pas définies ».*
- *« Je pense qu'il faudrait élaborer un cahier des charges stipulant que l'apport venant du local devrait toujours être pris en compte pour partie déterminée dans la prise d'une décision. Ainsi la contribution locale à la construction du niveau supérieur serait toujours prise en compte ».*
- *« Le PRSP est perçu comme une démarche généreuse... dans un calendrier de deux mois. Il faut du temps ; il faut une méthode. On n'avait pas la méthode ; il faut tout inventer au niveau des DDASS. Il faudrait quelque-chose d'analogue sur tous les départements ».*
- *« Des règles opaques trop souvent changeantes, des moyens inégaux, voire insuffisants en compétence, formation, personnel financiers pour des actions, ... ».*

Ces propos sont d'ailleurs confirmés par les observations faites par l'Inpes<sup>27</sup> lors du congrès de la SFSP<sup>28</sup> de juin 2004 : *« Il faut se rapprocher des lieux d'aide à la décision des élus.*

*On a besoin de « capillarité ». Il n'y a pas assez d'opérateurs du bas vers le haut et réciproquement », « L'écoute doit d'abord être ascendante... C'est au cadre à s'adapter au terrain et non l'inverse, comme ça se pratique actuellement », « Il faudrait pour le futur PRSP que les programmes régionaux soient construits de façon ascendante, à partir des programmes locaux », « Le système mis en place repose sur les Programmes Territoriaux de Santé qui y sont généralisés. L'Assemblée Générale de territoire a permis aux acteurs locaux une bonne cohérence entre le niveau régional et le local (expérience de la Région Nord-Pas de Calais) ».*

## **1 Aussi, quelques propositions**

### **1 Améliorer la lisibilité :**

- Assurer la meilleure information, lisibilité, visibilité du dispositif en santé publique au plus près des acteurs locaux
- Favoriser une déclinaison visible et définie du PRSP : conventions, appels à projets, contrats d'objectifs, ...

## 1 Articuler les niveaux local et régional :

- Favoriser l'implication des divers acteurs concernés au niveau local et au niveau régional à la détermination des besoins et priorités régionales et à leur mise en œuvre.
- Favoriser une meilleure cohérence régionale en santé publique pour une meilleure cohérence au niveau infra-régional, en créant les conditions (mission précisée, temps disponible, compétences, ...) pour que des référents régionaux ou départementaux (médecins inspecteurs, autres,...) puissent aller régulièrement sur le terrain.
- Mettre en place des systèmes de délégation entre le niveau régional (ou le niveau départemental pour des régions trop importantes) et le niveau de proximité : *« Des lettres de missions pour le coordinateur de proximité partagées par les institutions référentes pourraient être un outil intéressant ».*

1 Améliorer la transversalité :

- Permettre un rapprochement entre les référents SROS et PRSP pour une plus grande articulation entre le curatif et le préventif.
- Faire en sorte que le niveau régional contribue à la prise en compte de la dynamique de santé publique et de promotion de la santé par les divers champs de promotion de la santé (éducation, loisirs, culture, social, ...). De nombreuses actions nécessitent en effet sur le terrain que des partenariats se construisent entre établissements scolaires et centres de planification ou autres acteurs de santé publique. Les cloisonnements locaux pourraient se réduire par des projets transversaux facilités au niveau régional.

## 1 Respecter les spécificités locales :

- Construire les PRSP en prenant en compte les programmes territoriaux de santé là où ils se sont mis en place : « Pour assurer une bonne déclinaison, il faut d'abord une grille de lecture commune et partagée (...). La référence aux mêmes valeurs (charte), des méthodes communes et des personnes relais devraient suffire ».
  
- Organiser le PRSP de manière spécifique à chaque région pour qu'il puisse contribuer à la construction de valeurs partagées à travers :
  - ✓ le partage : des diagnostics, des priorités, des pratiques
  - ✓ la cohérence : des politiques, des actions, des niveaux
  - ✓ l'équité : entre les personnes, les territoires
  - ✓ la confiance basée sur une exigence de rigueur

## 1 Déterminer les méthodes :

- Faire que les PRSP contribuent à construire de manière partagée :
  - ✓ des modalités de mise en œuvre (méthodologie, temps, financements)
  - ✓ des critères et modalités d'évaluation tant quantitatifs que qualitatifs. Nous pourrions par exemple imaginer d'élaborer avec les coordinateurs territoriaux des référentiels d'évaluation tant quantitatifs que qualitatifs en prenant en compte tant les besoins du local que les attentes du national.

## 2. La concertation sur les politiques publiques au niveau régional

La question de la concertation, de la participation est une demande constante des acteurs locaux. Elle implique à la fois

- des règles claires et pérennes sur les objectifs, les moyens et la durée.
- la pluridisciplinarité et l'intersectorialité des acteurs de proximité (Santé, Éducation Nationale, Justice, ...).

## 1 Quelques constats, observations et besoins exprimés

1 Un scepticisme voire une réticence des acteurs locaux à s'inscrire dans des dispositifs verticaux :

- « Une gestion d'en haut qu'on veut mettre en bas sans moyens ; exemple des cris d'alarme des professionnels et des villes sur la démographie et c'est pourtant la catastrophe annoncée en matière de démographie médicale » (un élu interrogé dans le cadre des bilans ASV) ».

1 Aller plus loin dans la démarche de concertation :

- « D'abord que les usagers trouvent une vraie place dans la Conférence régionale de santé. Il faut pousser le modèle de proximité expérimenté dans les PTS, reposant sur une Assemblée Générale, un Comité de Pilotage et des Comités Techniques Locaux ».

1 Proposer des lieux de rencontres et d'échange :

- « *Des lieux de rencontre et d'échange pour la population, les élus et les professionnels. Il faut généraliser ces lieux d'échange, de découverte, comme le permettaient les Conférences régionales de santé. Ces lieux jouent un rôle de motivation et de stimulation de l'action ; ils facilitent la communication* ».

- « *La rencontre entre porteurs de projet dans la même problématique n'existe pas, ce qui entraîne un frein à la dynamique : il faudrait développer les rencontres locales entre les porteurs de projet* ».

## 1 Aussi, quelques propositions

Pour encourager et soutenir les instances infra régionales de concertation en santé, plusieurs propositions sont avancées :

1 Privilégier et s'appuyer sur des instances de concertation régionales ou infra-régionales respectant la place, les secteurs géographiques, les contraintes de temps des acteurs locaux et des usagers regroupés dans les comités locaux intercommunaux de santé, forums santé, comités consultatifs de santé, ...

1 Renforcer la place et le rôle des Conférences régionales de santé, leur efficacité, leur crédibilité :

- Assurer les conditions d'un suivi – pour tous les acteurs concernés - des conférences de santé,
- Assurer une stabilité, une durabilité, une visibilité des règles de fonctionnement,
- Assurer un retour pour que le terrain puisse mesurer les effets des démarches engagées (du niveau de la prise en compte de leurs demandes ou de leurs propositions) : *« Dans les Conférences régionales de santé, les résultats sont présentés, ainsi que les dispositifs existants et surtout le témoignage des acteurs, par exemple les malades et anciens malades par l'intermédiaire des associations. Ceux-ci interpellent tout le monde, les élus, les professionnels, les institutions. Certains s'ouvrent ainsi aux questions de santé. Ceci joue aussi dans le choix des relais ».*

### 3. La mise en œuvre des politiques publiques sur une région (au niveau régional, le GRSP)

#### 1 Quelques constats, observations et besoins exprimés

La question de la représentation de l'État dans les instances régionales cristallise l'incompréhension et l'inquiétude des acteurs :

*« La règle des 50 % que l'État s'est octroyée n'est pas réaliste. Sur cette base, comment les autres partenaires pourraient-ils s'investir ? C'est une régression. Une participation sollicitée suppose un respect ressenti de part et d'autre ».*

*« Concrètement, que l'État veuille disposer de la majorité est incompréhensible. Ainsi, il voudrait ouvrir la participation aux agglomérations, et augmenter encore sa propre représentation ».*

*« Le poids à 50 % de l'État m'inquiète. C'est un signe de perte de confiance dans l'expression des besoins de la population, un désengagement d'une volonté politique reposant sur son écoute ».*

Ils manifestent le souhait de voir clarifiées les règles du jeu, en précisant non seulement les modalités de la concertation, mais aussi en donnant connaissance des critères de priorisation des actions et des financements.

*« Il faudrait qu'on connaisse les éléments qui ont présidé aux choix des thématiques qu'on nous demande de traiter. Il faut comprendre les logiques pour anticiper ».*

## **1 Aussi, quelques propositions**

Les attentes vis-à-vis de la mise en œuvre des politiques publiques sur une région vont dans le sens de la clarification des rôles et des règles du jeu, du renforcement des moyens, et d'une recherche de cohérence.

1 Clarifier et renforcer la place du local dans les instances de mise en œuvre des politiques publiques de santé :

Le développement de politiques de santé publique au niveau local ne saurait se construire sous forme d'étape supplémentaire de déconcentration de l'État. La mise en œuvre doit trouver les complémentarités entre logique régionale et spécificités locales.

Les missions et les conditions de participation des niveaux infra-régionaux (collectivités – institutions - associations) au sein des GRSP devront être précis pour permettre une implication des acteurs locaux.

Au sein des GRSP, il conviendrait, dans le souci d'implication des acteurs locaux, de veiller à ce qu'ils puissent être des représentants reconnus des niveaux infra-régionaux. Ceci implique de définir des critères d'éligibilité, de représentativité.

- Faire connaître les règles de fonctionnement : rythme des réunions, modalités de diffusion des comptes rendus de réunions, ...

1 Créer ou renforcer les moyens d'une mise en œuvre cohérente au niveau infra-régional :

La cohérence nouvelle au niveau départemental proposée avec les GRSP nécessitera une cohérence nouvelle infrarégionale. Les ASV sont une des réponses concrètes de coordination des acteurs divers pour la mise en œuvre des politiques publiques. D'autres formules existent et devraient être prises en compte.

- S'appuyer sur les dispositifs locaux déjà existants pour renforcer l'architecture en santé publique (ASV, Villes-santé, SCHS, ...)
- Mettre en place des référents techniques pour soutenir les équipes pluridisciplinaires désireuses d'être accompagnées dans leurs démarches.
- Mettre en place des dispositifs de soutien des acteurs locaux. Il devrait y avoir au niveau de chaque département, mais aussi de façon plus proche : un lieu ou des lieux, une ou des professionnels pour aider les divers acteurs de santé, mettre des outils à leur disposition (rôle – parmi d'autres - des CRES, CODES, ORS, ...) : *« Il y a aussi nécessité de mettre en place des dispositifs de soutien des acteurs locaux : il devrait y avoir dans chaque DDASS, mais aussi de façon plus proche quelqu'un pour aider les usagers, pour mettre des outils à leur disposition ».*

1 Donner plus de cohérence, d'efficacité aux politiques publiques sur un territoire :

- Développer des rencontres entre porteurs locaux (certaines existent déjà) ;
- Mutualiser des expériences, des pratiques... ;
- Mettre en place au niveau départemental ou régional, des rencontres entre porteurs de projets locaux investis sur des problématiques identiques pour favoriser les échanges.

#### D. Renforcer les compétences en santé publique et communautaire

L'organisation du dispositif vertical de santé publique et l'attribution des moyens humains qui lui sont nécessaires ne sauraient suffire pour faire exister une activité en santé publique et promotion de la santé. Il est essentiel de conduire une réflexion sur la compétence et la formation en santé publique des différents acteurs qui s'y trouvent impliqués : *« Il faut soutenir en accompagnant, pour apporter des ressources, des compétences et en restant chacun dans ses missions ».*

Il conviendrait de proposer une réelle formation en santé publique et promotion de la santé de TOUS les acteurs (professionnels de santé, administrations de santé, élus, habitants et ouverte aux champs autres que celui de la santé publique).

Cette nécessité peut être illustrée par le projet de réseaux tels qu'ils peuvent être présentés aux médecins généralistes. Si on leur parle d'évaluation, d'administration ou d'animation, ils ne peuvent pas suivre. Mais s'ils perçoivent qu'il s'agit de mettre en lien leur activité et que l'on peut leur apporter un soutien sur le volet formation, conseil méthodologique et évaluation, ils sont demandeurs.

## **1 Quelques constats, observations et besoins exprimés**

**La culture en santé publique et de promotion de la santé est à renforcer à tous les niveaux :**

- la connaissance et le décryptage des lois en lien avec la santé,
- le repérage des missions et rôles des différents acteurs en santé publique,
- la compréhension des enjeux de santé publique,
- la compréhension des démarches de santé publique et donc d'implication,
- l'approche de la santé.

**Les compétences sur la conduite de démarches participatives ascendantes sont à renforcer à tous les niveaux :**

- démarches de projet participatives,
- logiques ascendantes,
- co-construction,
- espaces d'expression,
- prise en compte des ressources locales, des dynamiques existantes. des acteurs locaux et des spécificités locales

### **1 Aussi, quelques propositions**

Apporter des réponses de formations à la fois aux actuels acteurs locaux, aux acteurs régionaux et aux futurs acteurs locaux. Pour cela, nous proposons de mieux articuler les priorités nationales et régionales de santé publique et les besoins et attentes des acteurs de proximité (élus, professionnels, usagers) et favoriser leur expression et leur participation dans la nouvelle organisation en santé publique.

Plus précisément, nous proposons :

#### **✓ Pour les acteurs locaux ...**

**1** ... de **mettre en place des modules d'accueil** sur les communes pour tout professionnel médical, social ou éducatif (du secteur public ou privé) s'installant pour le sensibiliser à son environnement et voir en quoi en tant que professionnel, il peut s'investir en santé sur son territoire.

1 ... de sensibiliser les élus en :

Organisant des journées de réflexion thématiques (enjeux des lois en lien avec la santé, réflexion sur le rôle du local en santé)

Identifiant un référent technique départemental ou régional compétent en santé publique et démarche communautaire en cas de questions ou de demande de conseil méthodologique.

1 ... de former des coordonnateurs locaux de santé en :

- Organisant des formations-actions aux démarches participatives en santé publique (démarche participative, approche des concepts en santé, aide au décryptage des lois, connaissance et explicitation des textes réglementaires, procédures, sources et modalités de financement, ...)
- Proposant des groupes d'échanges de pratiques à un niveau régional ou interrégional
- Identifiant un référent technique départemental ou régional compétent en santé publique et démarche communautaire en cas de questions ou de conseil.

1 ... de **mettre en place des référents techniques** pour accompagner à la demande du terrain, des équipes pluridisciplinaires désireuses d'être soutenues dans leurs démarches : *« Il y a aussi nécessité de mettre en place des dispositifs de soutien des acteurs locaux : il devrait y avoir dans chaque DDASS, mais aussi de façon plus proche (Centres de santé par exemple) quelqu'un pour aider les usagers, pour mettre des outils à leur disposition ».*

1 ... d'organiser des rencontres départementales ou régionales entre porteurs locaux investis sur des problématiques identiques pour favoriser les échanges : *« La rencontre entre porteurs de projet dans la même problématique n'existe pas, ce qui entraîne un frein à la dynamique : il faudrait développer les rencontres locales entre les porteurs de projet. Il faut articuler les niveaux local et régional pour faciliter cela ».*

✓ **Pour les acteurs régionaux ...**

**1 ... de renforcer les compétences des référents régionaux aux démarches participatives** comme le dite Françoise Jabot (Médecin de Santé publique, enseignant-chercheur à l'EHESP) pour les coordinateurs PRS : *« L'expérience et le savoir-faire du coordinateur sont essentiels, en particulier sa capacité à adapter l'animation en fonction de l'environnement et du développement de l'organisation : tantôt entrepreneur, notamment dans la mise en place de l'alliance, tantôt facilitateur en présence d'une grande variété de partenaires, apte à déléguer et générer « l'empowerment » au niveau de ses membres quand l'organisation est bien établie ».*

- Proposer des formations-actions permettant d'accompagner les référents régionaux de manière dynamique dans :
  - le pilotage et le management de projet,
  - la détermination partagée des priorités de santé,
  - la mise en œuvre concertée des PRS,
  - les démarches participatives d'évaluation et de capitalisation.

✓ **Pour les futurs acteurs locaux ...**

**1 ... de mettre en place un cursus type dans les lieux de formation.** Intégrer un cursus type dans des lieux de formation initiale et continue des professions de santé, du social et de l'éducatif. Ce module pourrait avoir pour objectifs de faciliter une appréhension des concepts de santé, de la santé communautaire, du territoire, de ses ressources, des pratiques transversales et collectives. Ces professionnels pourraient alors être plus à même de s'impliquer dans des actions locales de santé publique et communautaire. Exemples d'écoles : écoles d'infirmières, de kinésithérapeutes, facultés de médecine, écoles de travailleurs sociaux, d'éducateurs, IUFM, écoles de formations en santé publique, formations initiale et continue des cadres territoriaux de la fonction publique et de la fonction publique hospitalière.

**1 ... de relier ces lieux de formation à des structures d'accueil** mettant en place des démarches communautaires en santé pour les accueillir dans le cadre de stages.

# ANNEXES

## 1 Liste des notes de bas de page

1. René Demeulemester – in dossier "Politiques et programmes régionaux de santé" de la revue de l'ADSP éditée par le HCSP, n°46 de mars 2004
2. Présentation de la contribution de la Seine Saint-Denis au PRSP
3. **PRSP** : Plan Régional de Santé Publique
4. **GRSP** : Groupement Régional de Santé Publique
5. **SROS** : Schéma Régional de l'Offre de Soins
6. **SREPS** : Schéma Régional d'Éducation Pour la Santé
7. **ASV** : Atelier Santé Ville
8. Voir liste des personnes interrogées
9. Les nouvelles lois :
  - la loi n°2004-804 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
  - la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie
  - la loi n°2004- 809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales

10. **PTS** : Programme Territorial de Santé
11. **SCHS** : Service Communal d'Hygiène et de Santé
12. Circulaire N°DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de 3<sup>ème</sup> génération
13. in « L'évolution du rôle de la Santé publique dans la Région Européenne ; Organisation Mondiale de la Santé »
14. **CCAS** : Centre Communal d'Action Sociale
15. **PMI** : Protection Maternelle et Infantile
16. **CLIC** : Centre Local d'Information et de Coordination
17. **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
18. **DDASS** : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
19. **DRASS** : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
20. in « L'évolution du rôle de la Santé publique dans la Région Européenne » Organisation Mondiale de la Santé Quarante neuvième session, Florence, 13-17 septembre 1999 Santé publique au niveau local
21. Voir chap. 2.1
22. « Les ASV, document d'étape ». Page 15

23. **GIP** : Groupement d'Intérêts Publics
24. **GPV** : Grand Projet de Ville
25. **PRAM** : Plan Régional de l'Assurance Maladie
26. **Inpes** : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
27. **SFSP** : Société Française de Santé Publique

## 1 La commande de la DGS à l'Institut

Propositions de démarches et de modalités de concertation et de débat permettant l'examen des attentes et besoins des divers acteurs de proximité dans les Conférences régionales de santé, pour nourrir l'élaboration des plans (locaux, régionaux, nationaux) de santé publique

Propositions de modalités de concertation à mettre en place au niveau local (quartier, ville, communautés de communes) pour assurer le lien entre les actions de proximité et l'élaboration des Plans régionaux de santé publique

Propositions d'initiatives favorisant l'expression, la participation des acteurs de proximité dans les instances régionales de santé publique

Observation de la place des acteurs (professionnels, associations, habitants, collectivités) dans le fonctionnement des Groupements régionaux de santé publique

Présentation d'actions communautaires en santé illustrant – en tenant compte des évaluations qui en ont été faites – leur contribution pour améliorer la prise en compte et la mise en œuvre de politiques publiques ou/et programmes de santé .

## 1 Liste des personnes rencontrées

- **Michel AUTES**, Vice-Président à la santé du Conseil Régional du Nord - Pas-de-Calais, Lille
- **Emmanuelle AZOUGAGH**, Responsable Régionale de l'association EFCM (Enfance de France et Culture du Monde), Garges-lès-Gonesse
- **Véronique BILLAUD**, Chargée de mission, Sous-direction de l'organisation du système de soins, pôle « Organisation des soins, établissement et financement », Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS)
- **Monique BONIN**, développement social local - DAT de la Flandre Maritime, Conseil Général du Nord / Dunkerque, Ancienne coordinatrice « santé » du contrat d'agglomération
- **Loïc CLOART**, Directeur du CRES Nord-Pas-de-Calais, Membre du bureau de la Fédération Nationale des Comités d'éducation pour la santé
- **Claire DE BENAZE**, Responsable d'un lieu d'écoute, Directrice de l'association « Charles Peggy », Point écoute Jeune, Garges-lès-Gonesse
- **Dominique DECHERF**, Médecin National Adjoint du Régime Minier, Paris
- **René DEMEULEMEESTER**, ex MIR à la DRASS Nord - Pas-de-Calais, Coordonnateur des programmes à l'INPES, Saint-Denis

- **Martine DUMONT**, Médecin Inspecteur de Santé Publique, DRASS Nord-Pas-De-Calais, Lille
- **Pascale ECHARD-BEZAULT**, Directrice de la Promotion de la santé, Ville d'Orléans
- **Lionel EUSTACHE**, coordonnateur de PTS de l'Agglomération de Lille jusqu'en décembre 2004
- **Daniel FEDER**, Directeur / coordinateur du PARI (Point Alcool Rencontre Information), Lille Wazemmes
- **Danièle FORESTIER**, Maître de conférence en psychologie Lille I - CUEEP -Responsable du DU « Education du patient »
- **Luc HINCELIN** - Consultant en promotion de la santé - LH Conseil, Eurasanté Loos les Lille
- **Patricia LONCLE**, Enseignant- chercheur, LAPSS/POLITISS, ENSP, Rennes
- **Henri METZGER**, Conseiller municipal délégué à la santé et à la prévention des dépendances, élu à la santé, Mulhouse
- **Françoise TENENBAUM**, Vice-Présidente du Conseil Régional de Bourgogne en charge des questions de Santé Publique et des Etablissements de soins, Conseillère déléguée du Grand Dijon, Maire-adjointe, déléguée à la solidarité, aux affaires sociales et à la santé de Dijon

- **Mireille WILLAUME**, Directrice de la DRASS du Nord- Pas-de-Calais jusqu'au 15 décembre 2004
  
- Bénévoles - usagers de la santé agissant depuis une quinzaine d'années pour certains ; parmi les 30, rencontrés : **Lucien DAUCHY et Marie-Noëlle MOULEY** - Le PARI rue des Sarrasins - Lille Wazemmes

## 1 Éléments bibliographiques pour aller plus loin

Ouvrages
----------

**B.PISSARRO, J.F. COLLIN, P. MACQUET, F.P. DEBIONNE, E. COULOUMA et al.** Développement social et santé, Ed : Société Française de santé Publique (Coll. santé et société n° 2), Vandoeuvre-les-Nancy, 1994.

**PISSARRO (B.)** -.Comment établir des priorités en promotion de la santé ? Les cahiers du CR.DSU « Santé et développement social - Médicaliser le social ou socialiser la santé ? ».-96;11:37-38

**GROC, M. LEGROS.** - La santé, un nouveau terrain d'action pour les communes. - Enquête sur les pratiques de santé publique dans les villes de plus de 5.000 habitants. – Paris : CREDOC, avril 1995. (collection des rapports)

**F. BERTOLOTTO, M. SCHOENE.** - La santé dans les villes de plus de 30.000 habitants. – Paris : RESSCOM - Institut Théophraste Renaudot, septembre 1996. (page 41 et suiv. : *recommandations en vue d'une meilleure intégration des municipalités au système de santé publique*)

**F.BERTOLOTTO, M.JOUBERT.** – La problématique ville-santé en Ile de France-  
RESSCOM- 1996

**F.BERLOLOTTO, BOUHNICK P., JOUBERT M.** Quartier, démocratie et santé, Ed. L'Harmattan (Coll. Logiques sociales), Paris, 1993.

**O.BRIXI, R.FAYARD, S.GUILLAUD-BATAILLE, M. PECHEVIS.**- Santé : Travailler avec les gens. Approche participative, démarche de projet.- Rennes : Ecole Nationale de Santé Publique, 2003.

**D. FASSIN (dir.).** - Figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales. Paris : La Découverte, 1998.

**MACQUET P.,** La Santé au cœur de l'espace local: l'approche communautaire est-elle une réponse adaptée ? Article in la Santé de l'homme, n°327, janv/fév. 1997.

**J.C. GUYOT, B. HERAULT (sous la dir. de).** - La santé publique, un enjeu de politique municipale. – Pessac : Maison des sciences de l'Aquitaine, 2001.

Territoires de la santé du Nord Pas de Calais ; les cahiers thématiques de l'IREV, n°1 ; janvier 2001

Santé et territoire, ateliers santé ville in Santé publique n°1 ; mars 2005

**Y. MARGUE, P. LOMBRIL.** - Conférence Régionale de Santé. Etude sur les priorités santé publique en Ile de France. – Enquête réalisée auprès de 370 acteurs régionaux, Février-Mai 1996.

**Marc BRODIN.** – Rapport de la Conférence Nationale de santé 2001. Paris : Direction générale de la santé, 2001 (Le territoire base de l'organisation des services de santé)

**Marc SCHOENE.** - La ville, un bassin de santé encore méconnu. Quelques interventions dans la construction d'une politique locale de santé. – 1989-2002

**Les collectivités locales et la santé publique.** – Actualité et Dossier en Santé Publique, tirés à part n° 5 et 7. Décembre 1993. Paris : Haut Comité de Santé Publique.

**Santé et développement social : médicaliser le social ou socialiser la santé.** Les cahiers du centre de ressources et d'échanges sur le développement social et urbain, n° 11, juin 1996.

**Les collectivités locales et la santé publique.** - Actualité et Dossier en Santé Publique, n° 5, décembre 1993 et n° 7, juin 1994. – Paris : Haut Comité de Santé Publique

**Conseil National des Villes :** Santé et pratiques sociales : recommandations du groupe de travail auprès du Conseil

National des Villes : *une « coordination santé » dans chaque ville* ; février 2000

**R. LOPEZ.** - Offre de soins et besoins de santé. Contribution à la réflexion pour une politique municipale de santé. Mars 2000

**La santé et l'écosystème urbain.** – Rapport d'un groupe d'experts santé-environnement de l'habitat. in Revue de santé mentale (LFHM), Juillet 1990.

Santé et ville : enjeux et outils pour une approche territorialisée et transversale de la santé. – Pôle Ressources, Département du Val d'Oise. mars 2002

**Questionnements et propositions sur la politique de santé en France.** – Groupe de travail de la Société Française de Santé Publique, 2002

**La santé en France 2002.** – Avis sur les orientations stratégiques. – Haut Comité de Santé Publique.

René Demeulemester - Politiques et programmes régionaux de santé ; dossier ; in Actualité et dossier en santé publique n°46 ; mars 2004

Politiques et programmes régionaux de santé ; dossier ; in Actualité et dossier en santé publique n°46 ; mars 2004

Les ASV. Territoires, santé publique et politiques de santé au niveau local ; document d'étape ; les éditions de la DIV

(délégation interministérielle à la ville)

Séminaire « groupements régionaux de santé publique » ; 27 avril 2004 ; Paris ; organisé par Ministère de la santé et de la protection sociale, Direction générale de la santé et Société française de santé publique

Quels atouts et quels obstacles pour des politiques locales de santé ? Actes des 10èmes Universités d'Été du 20 septembre 2003 de l'Institut Théophraste Renaudot.

**Santé des populations, dynamique des villes;** Actes de la journée du 21 décembre 1995 de l'Association des Maires Villes et banlieues de France. Contact : Association des Maires Villes et Banlieues de France.

Citoyen-Ville-Santé ; quelles réponses concrètes pour la mise en œuvre d'une politique locale de santé publique ? Rencontres parlementaires « Santé, société, entreprise » ; actes de colloque ; novembre 2003

La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 in Santé publique n°4 ; décembre 2004

Bretagne ; les nouveaux défis de la santé publique ; in La gazette des communes ; 21 mars 2005

Textes règlementaires
-----------------------

Suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire (ASV). – Circulaire DGS/SP 2 n° 2000-324 du 13 juin 2000 – BOMES n° 2000/25 du 8 juillet 2000.

Circulaire DGS n°2001/504 du 22 octobre 2001 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé.

Circulaire relative à l'expérimentation de démarches locales partagées de santé et d'action sociale et médico-sociale dans le cadre de projets territoriaux de développement. 16 avril 2003.

Loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004

Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales

Circulaire n° DGS/3D1/2004/454 du 24 septembre 2004 relative à la mise en place de la démarche d'élaboration du plan régional de santé publique

Loi n°2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux

# 1 Définitions

## LA SANTÉ :

Un concept définissant la « santé » comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. [...] Il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie pour viser le bien-être.

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Genève. CHE, Santé et Bien-être social. Montréal. CAN, Association canadienne de santé publique. Montréal. CAN La charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.- Genève : OMS, 1986

## LA PROMOTION DE LA SANTÉ

“La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci.

La promotion de la santé s'appuie sur les principes suivants :  
Les conditions et les ressources fondamentales de la santé sont : la paix, un toit, l'éducation, la nourriture et un revenu, un écosystème stable, des ressources durables, la justice sociale et l'équité.

Une bonne santé est une ressource majeure pour le progrès social, économique et individuel.

La promotion de la santé vise l'égalité en matière de santé.

La promotion de la santé exige l'action concertée de tous les intervenants.

La promotion de la santé doit être adaptée aux divers systèmes sociaux, culturels et économiques.”

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Genève. CHE, Santé et Bien-être social. Montréal. CAN, Association canadienne de santé publique. Montréal. CAN La charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.- Genève : OMS, 1986

## LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE :

Un processus par lequel les individus et les familles, d'une part prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté, d'autre part développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme celui de la communauté.

UNICEF-OMS.- Charte d'Alma-Ata - Les soins de santé primaires. Genève : OMS, 1978

C'est la dynamique qui vise à améliorer la qualité de vie de groupes sociaux en s'appuyant sur la mobilisation des relations intersubjectives, sur les sentiments d'appartenance à un groupe, où sa vie prend du sens, et sur les relations sociales, pour faciliter l'intervention de la population concernant sa santé.

Glossaire de l'éducation et la promotion de la santé. CRES de Basse-Normandie. 2002

On peut parler de santé communautaire quand les membres d'une collectivité géographique ou sociale, conscients de leur

appartenance au même groupe réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités.

MONNIER J. - Santé publique, santé de la communauté. Villeurbanne : SIMEP, 1980

La santé communautaire est une pratique ou une méthode qui repose sur les principes de décloisonnement, de l'implication de la population dans l'identification de ce qui lui fait problème, de la mobilisation des capacités de la population à s'adapter ou à évoluer, de la participation des membres de cette population à l'ensemble du processus.

BANTUELLE (M.), DE HENAU (P.A.), LAHAYE (T.), et al. - La pratique communautaire dans la promotion de la santé : quelques réflexions.- 1998/01

Une action de santé sera dite communautaire lorsqu'elle concerne une communauté qui reprend à son compte la problématique engagée, que celle-ci émane d'experts ou non, internes ou externes à la communauté

Charte de promotion des pratiques de santé communautaire. Paris : Institut Théophraste Renaudot, 1998 (14p.)

La démarche communautaire est une démarche qui « permet à une population d'acquérir un savoir-faire pour s'organiser et agir ensemble. C'est une démarche inter partenariale qui permet aux habitants d'occuper une place centrale dans les échanges entre professionnels et non-professionnels. »

Prévention des toxicomanies. Guide des politiques locales.DIV. DGLDT - PARIS, 1991

## LA COMMUNAUTÉ

Une communauté est un groupe d'individus qui vivent ensemble dans des conditions spécifiques d'organisation et de cohésion sociales. Ses membres sont liés à des degrés variables par des caractéristiques politiques, économiques, sociales et culturelles communes ainsi que par des aspirations et des intérêts identiques, y compris en matière de santé.

OMS. Alma-Ata 1978. Les soins de santé primaire.

Le groupe ne devient communauté que lorsque certaines circonstances lui permettent de prendre conscience de relations privilégiées entre des membres et du fait que ces relations autorisent des changements sociaux impossibles à réaliser autrement, en d'autres termes lorsque apparaît une "conscience communautaire".

Bury J. Education pour la santé, Bruxelles, 1988

## 1 Glossaire des sigles utilisés

ASV	Ateliers Santé Ville
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
Codes	Comité Départemental d'Éducation pour la santé
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRES	Comité Régional d'Éducation pour la Santé
DDASS	Direction Départementale d'Action Sanitaire et Sociale
DGS	Direction Générale de la Santé
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
GIP	Groupement d'Intérêt Public
GPV	Grand Projet de Ville
GRSP	Groupement Régional de Santé Publique
INPES	Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORS	Observatoire Régional de la Santé
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PRAM	Plan régional de l'Assurance Maladie
PRSP	Programme Régional de Santé Publique
PTS	Programme Territorial de Santé
SCHS	Service Communal d'Hygiène et de Santé
SFSP	Société Française de Santé Publique
SREPS	Schéma Régional d'Éducation Pour la Santé
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins

## **Rédaction et coordination**

### **éditoriale :**

Henri Busnel, Philippe  
Lefèvre, Philippe Macquet,  
Dorothée Martin, Bernard  
Pissarro, Carmen Sanchez-  
Garcia, Marc Schoene

Avec le soutien financier de la  
Direction Générale de la  
Santé

## **Conception et réalisation graphique :**

Stéphanie Ghinéa  
**Impression :** Addax

**Édition :** Institut Théophraste  
Renaudot 20, rue Gerbier  
75011 Paris

© Institut Renaudot L'Institut  
Renaudot autorise  
l'utilisation et la reproduction  
des données de cet ouvrage  
sous réserve de la mention  
des sources.

**Dépôt légal :** Janvier 2013

**ISBN :** 978-2-9542785-2-0

[contact@institut-renaudot.fr](mailto:contact@institut-renaudot.fr)

