

Nouvelles perspectives pour la santé territoriale au regard de la construction des politiques de santé ?

Pantin,
Jeudi 30 novembre 2017

Introduction

Jean-Paul VOGEL

Directeur des grandes mutations CNFPT

Bonjour à tous. Cette journée sera consacrée aux nouvelles perspectives pour la santé territoriale, au regard de la construction des politiques de santé. Le CNFPT élabore actuellement son projet 2016/2021 et sa feuille de route à 5 ans. Dans le cadre de ce projet, il a choisi de travailler en priorité sur les grandes mutations qui « traversent » l'ensemble des politiques publiques territoriales.

Je rappelle que ces grandes mutations sont liées aux transitions écologiques, numériques, démocratiques et institutionnelles. Elles sont également liées aux questions de cohésion urbaine et de promotion de la santé. Pour cette raison, Viviane BAYAD a été nommée responsable de la promotion de la santé auprès de la Direction des grandes mutations.

Initialement, nous avons souhaité que ce colloque permette d'établir un bilan de la loi Santé du 26 janvier 2016. En avril 2017, des groupes de travail ont été mis en place afin de préparer cette journée de rencontre. Nos réflexions ayant évolué depuis cette date, nous portons un regard nouveau sur ce bilan. De plus, nous tenons désormais compte de l'appel public à contributions lancé par la direction générale de la santé pour l'élaboration de la prochaine Stratégie nationale de santé.

Cette journée a été élaborée en partenariat avec la Direction générale de la santé, l'Agence Santé-Publique France, le Réseau français des Villes-santé de l'OMS, la Fédération nationale des Centres de santé, la Société française des Centres de Santé publique et par l'association « Élus, Santé publique et territoires ». Je salue également les contributions du Syndicat national des médecins de PMI, du Centre national de ressources et d'appui aux conseils locaux de santé mentale et celles de l'Association nationale de médecine professionnelle des personnels et territoires.

Ces partenaires ont activement contribué à l'organisation de cette journée, permettant la tenue du programme que nous vous présentons aujourd'hui. Deux ans après la loi Santé de 2016, nous avons souhaité organiser nos réflexions autour d'un bilan et de nouvelles perspectives pour la santé territoriale. Au début du mois de novembre, le ministère de la Santé a lancé une consultation sur les nouvelles stratégies du gouvernement en matière de santé. Ces consultations incluaient quatre thèmes, qui étaient :

- la promotion de la santé et la prévention ;
- la lutte contre les inégalités sociales et territoriales ;
- la qualité et la pertinence des soins ;
- l'innovation et la place des citoyens dans la gouvernance du système de santé.

Ces consultations étaient également organisées autour des volets spécifiques suivants :

- la santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune ;
- les questions liées à la Corse et aux territoires d'outre-mer.

L'objectif de cette journée sera donc d'analyser les enjeux pour la santé territoriale de la loi Santé. Nous procéderons également à l'examen des relations et des interrelations entre les collectivités territoriales et les agences régionales de santé.

Enfin, nous traiterons la question de la coordination des acteurs de santé sur un territoire. En nous appuyant sur une analyse de leurs pratiques, nous tenterons d'identifier les principaux enjeux, impacts et perspectives que recouvre ce sujet.

En préparant cet événement, madame Viviane BAYAD a sélectionné trois thématiques que nous examinerons ensemble :

- la santé de l'enfance et de la famille ;
- la santé mentale et les souffrances psychiques ;
- la santé et l'environnement.

Ces trois sujets feront l'objet de tables rondes et de discussions avec des représentants du ministère de la Santé, des collectivités territoriales, des associations, ainsi que des représentants institutionnels.

Regard du juriste : Continuum des politiques de santé, nouvelle stratégie nationale de santé, etc.

Viviane BAYAD

Responsable promotion de la santé, Direction des grandes mutations, CNFPT

Bonjour à tous. J'invite monsieur Pierre VILLENEUVE à s'exprimer sur les politiques de santé et sur la stratégie nationale de santé.

Pierre VILLENEUVE

Professeur affilié EHESP, Vice-Pdt de l'Association nationale des juristes territoriaux

Bonjour à tous. Je vous remercie d'avoir accepté une intervention sous forme de vidéoconférence. Pour évoquer ce premier thème, je souhaite m'appuyer sur l'article L-1411-1 du Code de Santé publique, qui précise que la politique de santé relève bien de la responsabilité de l'État. Il est donc possible de considérer à la lecture de cet article que les attributions des collectivités territoriales et des autres acteurs publics demeurent relativement limitées.

La loi du 26 janvier 2016 confirme effectivement la primauté de l'État et de son intervention dans le champ sanitaire et médico-social. À mon sens, cette première lecture doit toutefois être dépassée. Nous ne pouvons pas considérer que l'État est le seul acteur compétent dans les champs évoqués précédemment, bien que les gouvernements successifs aient souhaité renforcer son périmètre d'intervention depuis 2004 (loi du 9 août 2004, loi du 21 juillet 2009, loi du 26 janvier 2016)

Néanmoins, la responsabilité de l'État se conçoit sous trois angles. En premier lieu, l'affirmation de cette responsabilité induit la reconnaissance du principe de responsabilité administrative et indemnitaire. Depuis un arrêt du 9 avril 1993 (CE, 9 avril 1993), le principe de responsabilité de l'État directement ou indirectement (du fait de sa tutelle sur les agences de sécurité sanitaire) est régulièrement reconnu par le juge administratif (cf en dernier lieu, TA Paris 10 oct 2017) par exemple en matière d'exposition à l'amiante, en matière de contrôle de médicaments (Benfluorex) ou de prothèses et dispositifs médicaux.

En outre, la stratégie nationale de santé (Décret du 28 novembre 2016 et D du 29 décembre 2017 pour la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022) est un élément essentiel qui permet à l'État de piloter et de conduire sa politique de santé. Elle repose sur des objectifs de

Nouvelles perspectives pour la santé territoriale

prévention, d'éducation thérapeutique, de lutte contre les inégalités sociales et territoriales et ; plus généralement, de développement de la démocratie sanitaire. Cependant, ces objectifs ne sont pas incompatibles avec une approche territoriale de la santé et de l'offre de soins.

La loi du 26 janvier 2016 prévoit notamment que la stratégie nationale doit et peut tenir compte des particularités des territoires (ex territoires de montagne, ruraux ou Outre-Mer). Les outils de planification (PRS, SRS...) de l'offre de soins placent les collectivités territoriales dans une position de contributeur essentiel. Dès lors, il est nécessaire d'établir des dialogues avec les collectivités territoriales et les ARS via les conseils territoriaux de santé. Il est également indispensable de mettre en place un travail de co-construction au travers des diagnostics territoriaux partagés sur l'offre de soins.

En outre, il importe de se demander si l'investissement du champ de la santé relève bien de l'intérêt direct des collectivités. Depuis les années 2000, l'installation de professionnels de santé dans les zones déficitaires en offre de soins est un sujet clivant. La loi du 21 juillet 2009 et la loi santé ont permis de développer des schémas de planification qui ont eu un effet prescriptif sur les établissements de santé (en particulier sur les établissements de santé et les établissements médicaux sociaux). Ces schémas servent notamment de base à la définition par les ARS des besoins de santé des territoires, qui permettront ensuite de lancer des appels à projets.

Les compétences des collectivités territoriales dans le champ médico-social ont été réduites, du fait de la création des ARS mais aussi par les récentes lois dites de décentralisation (par ex création des métropoles). Néanmoins, elles subsistent toujours. Je rappelle qu'au mois de juin 2014, la loi NOTRe visait la suppression des collectivités départementales, avec un transfert des compétences à d'autres échelons. Finalement, cette loi a confirmé le principe de spécialité des collectivités territoriales dans le champ médico-social.

De plus, les lois de décentralisation induisent plusieurs possibilités de réinvestir le champ sanitaire et médico-social. À mon sens, la loi du 21 juillet 2009 n'est pas seulement une loi sanitaire, mais également une loi institutionnelle. La création des ARS a permis d'unifier les outils d'intervention de l'État, et de redéfinir les liens entre l'administration centrale et l'administration déconcentrée.

Entre la loi de 2009 et la loi de 2016, plusieurs lois intermédiaires ont été promulguées. Je songe notamment à la loi NOTRe et à la loi sur la transition énergétique (TECV du 17 août 2015). Ces deux textes confortent le rôle des collectivités territoriales dans de nombreux domaines. La loi sur la transition énergétique prévoit par exemple que les métropoles et les intercommunalités sont compétentes dans le domaine de la prévention de la qualité de l'air. Par conséquent, elles ont bien la possibilité d'investir le champ des déterminants de santé.

De la même manière, les Conseils régionaux sont compétents en matière d'aménagement du territoire. Or la dimension des déterminants de santé est présente dans le Code général des collectivités territoriales, permettant donc une éventuelle intervention. Pour mesurer les compétences des collectivités territoriales, il convient donc de ne pas en limiter l'examen au seul champ des lois intervenant dans le champ sanitaire et médico-social. Les lois de santé ne sont pas les seuls textes de référence dans ce domaine. Les lois de décentralisation doivent également être considérées.

Je souhaite à présent évoquer l'installation et l'aide à l'installation des professionnels de santé dans les zones déficitaires en offres de soins. Depuis 2005, la loi prévoit que les outils de planification des ARH et des ARS incluent une dimension prescriptive à l'égard des collectivités territoriales. Si une collectivité territoriale souhaite encourager l'installation d'un

Nouvelles perspectives pour la santé territoriale

professionnel de santé, l'ARS doit préalablement avoir défini son territoire comme étant déficitaire en offre de soins.

Toutefois, chaque fois qu'une collectivité intervient, par exemple dans les domaines de la restauration scolaire, de la qualité de l'air, de centres communaux ou inter-communaux de santé, elle met en place des éléments de prévention et d'éducation thérapeutique. Pourtant, je rappelle que les lois de 2009 et de 2016 invitent à considérer que les collectivités territoriales ont perdu toute capacité d'intervention dans le champ sanitaire ou dans le champ de la santé (au sens générique). Cette perte de compétences a priori posée par le législateur, oblige agents publics comme élus à chercher de nouveaux fondements à l'intervention des collectivités territoriales en la matière.

Cependant, les quatre priorités de la nouvelle stratégie nationale de santé présentées le 18 septembre 2017 prévoient bien un renforcement de la capacité d'intervention des collectivités territoriales sur les déterminants de santé. Les lois de 2009 et 2016 feront donc bientôt l'objet d'un assouplissement juridique, qui permettra aux collectivités de réinvestir le champ sanitaire et celui de l'offre de soins. Aujourd'hui, les collectivités doivent réinvestir ces champs, en s'appropriant notamment les déterminants de santé.

En revanche, la constitution des groupements hospitaliers du territoire (GHT) contribue à réduire le rôle des collectivités territoriales. Ces modes de coopération -prioritairement pour les établissements publics de santé- obligatoire traduisent bien la volonté du ministère des Solidarités et de la Santé de renforcer les synergies entre les établissements publics de santé. Ils ne laissent que peu de place aux représentants des collectivités territoriales.

Néanmoins, les lois de décentralisation soulignent que la conjugaison de la stratégie nationale de santé et de la politique nationale de santé constitue un champ que les collectivités territoriales devront bien reconquérir. Pour y parvenir, elles pourront s'appuyer sur les déterminants de santé, sur les actions de prévention et sur l'éducation thérapeutique. Ainsi, elles pourront incarner un rôle plus équilibré vis-à-vis de l'État et des ARS, et agir sur la qualité de santé des populations dont elles sont responsables.

Charlotte MARCHANDISE

Élue à la ville de Rennes et présidente du réseau français des Villes-Santé de l'OMS

Je note que votre présentation repose très largement sur les notions de métropole, d'intercommunalité et de département. Or un grand nombre de compétences sur les déterminants de santé demeurent rattachées aux villes. J'ajoute que les villes portent également plusieurs enjeux liés à la démocratisation de la santé. C'est pourquoi nous nous préoccupons de la place qu'occuperont les intercommunalités dans les prochaines années. Il existe peut-être un risque de perdre la proximité qui, aujourd'hui, nous permet d'agir sur les inégalités sociales.

Pierre VILLENEUVE

Vous avez parfaitement raison. Ma présentation était axée en grande partie sur ces notions, car cet angle est privilégié par les lois de décentralisation et par les lois de santé de 2009 et de 2016. Bien entendu, les déterminants de santé s'appuient également sur la notion de communes. Néanmoins, les intercommunalités et les métropoles montent actuellement en puissance sur tous ces sujets.

Marie-Christine COLOMBO

Vice-présidente du SNMPMI et Chef du service départemental de protection maternelle et infantile de Meurthe et Moselle

Nouvelles perspectives pour la santé territoriale

Je rappelle que la compétence en santé familiale et en santé de l'enfant demeure l'une des dernières attributions sanitaires des départements. Il convient donc de ne pas la négliger, d'autant que sa pérennité est actuellement mise en cause.

Pierre VILLENEUVE

Je souscris à vos propos. La compétence PMI demeure l'un des principaux leviers des départements dans le champ de l'action sociale ou médico-sociale.

Guillaume FAUVEL

Médecin à La Rochelle

À mon sens, la question de l'interprétation de ces sujets par les élus locaux est importante. L'un des enjeux sera de déterminer de quelle manière nous pouvons promouvoir auprès de l'ensemble des collectivités une approche des déterminants de santé.

Je me demande notamment si les nouveaux textes de loi renforceront la prise en compte de ces éléments par les élus.

Pierre VILLENEUVE

Sur un plan strictement juridique, nous ne devons pas nous focaliser uniquement sur la loi HPST ou sur la loi Santé. La question de déterminants de santé renvoie également à des compétences du Code de l'éducation, du Code général des collectivités territoriales ou encore du Code de l'environnement. Il est donc nécessaire de s'appuyer sur l'ensemble des champs qui sont communs aux lois de santé et aux lois de décentralisation.

Jean-Yves LEFÈVRE

Fédération nationale des centres de santé

Je rappelle que les communes participent également à l'organisation des soins de ville, notamment au travers des soins municipaux de santé. Ces offres induisent notamment une coordination des politiques de prévention des collectivités locales avec les villes.

Viviane BAYAD

Je remercie monsieur Pierre VILLENEUVE pour son intervention. Je vous propose d'ouvrir la table ronde sur la santé de l'enfant, de la famille et sur la périnatalité.

Table ronde : Santé de l'enfant, de la famille et périnatalité

Odile KREMP

Cheffe du bureau de la santé des populations et de la politique vaccinale, Direction générale de la santé, ministère des Solidarités et de la Santé

Marie-Christine COLOMBO

Vice-présidente du Syndicat national des médecins de PMI — SNMPMI et médecin départemental de PMI en Meurthe et Moselle

Charlotte MARCHANDISE

Élue à la ville de Rennes et présidente du réseau français des Villes-Santé de l'OMS

Thierry CARDOSO

Responsable de l'unité petite enfance et de l'unité enfants et jeunes, Direction de la prévention, promotion de la santé, Agence santé publique France

Nouvelles perspectives pour la santé territoriale

Marielle BOUQUEAU

Chargée de mission en périnatalité, Direction générale de la santé, ministère des Solidarités et de la Santé

Odile KREMP

Bonjour à tous. Je rappelle que cette table ronde s'articule autour de la loi de 2016, qui inclut notamment la prévention dans son titre premier. Afin d'assurer la prévention des jeunes, elle a institué de nouveaux droits, facilité l'accès aux soins et permis le développement d'actions de prévention. Le titre liminaire de cette loi avait également créé le parcours éducatif de santé.

En outre, la protection maternelle infantile a été reconnue comme un acteur incontournable de la prévention pour les femmes enceintes et dans le domaine de l'enfance. La loi a également confié au Haut Conseil de la Santé publique une mission de réflexion sur la santé des jeunes. Elle a permis la création de l'Agence nationale de Santé publique et fixé des objectifs de santé publique pour le suivi des enfants de moins de 16 ans.

Elle a renforcé la prévention auprès des jeunes sur un certain nombre de risques, notamment l'alcool, le tabac et les risques liés à l'environnement. Elle organise une meilleure information des jeunes publics sur la contraception et sur l'interruption de grossesse. Elle a consolidé la territorialisation et le rôle des ARS, en créant les Conseils territoriaux de santé et les Commissions de coordination des politiques publiques.

La loi de 2016 a également créé deux nouveaux modes d'organisation pour renforcer la coordination au service des parcours de santé. Ces nouvelles entités sont, d'une part, les équipes de soins primaires et, d'autre part, les communautés professionnelles des territoires de santé. Enfin, elle a consolidé la coopération avec l'Éducation nationale et l'Enseignement supérieur.

Marielle BOUQUEAU

Bonjour à tous. La loi de 2016 a effectivement renforcé l'information auprès des plus jeunes. Elle a également renforcé le rôle des sages femmes, notamment pour le suivi de grossesse et les processus de vaccination. Plusieurs mesures ont également été prises pour la prescription de la contraception auprès des mineurs. En outre, le dépistage des maladies infectieuses peut désormais être effectué sans autorisation parentale préalable.

Nous avons mené au niveau national un certain nombre d'actions sur la prévention du tabagisme, notamment auprès des femmes enceintes. Nous remercions tous les territoires qui se sont joints à ces actions et nous vous invitons à réfléchir à ce sujet pour l'année prochaine.

Par ailleurs, il existe entre les régions un certain nombre de disparités sur les facteurs de risques (notamment la situation sociale, la prévention et l'intervention médicale). Or ces disparités sont identifiées au travers de marqueurs très nets. La prématurité est par exemple beaucoup élevée dans les Hauts-de-France et dans le Grand Est et plus basse en Aquitaine et en PACA.

Il est souvent difficile d'établir des comparaisons sur la qualité de l'action au sein des régions. Toutes interviennent différemment et les facteurs de disparités sont multiples. Ils peuvent être liés aux contextes géographiques et sociaux ou aux actions locales qui sont menées par les réseaux de santé. Les disparités peuvent également être influencées par les *leaders* d'opinion qui se trouvent sur place.

Nouvelles perspectives pour la santé territoriale

Faute d'intervention, elles persistent et impactent les individus. Elles peuvent nuire à la réussite scolaire des enfants, induisant à terme des conséquences d'ordre social. Il est donc indispensable d'agir dès la grossesse, lors de l'accouchement et pendant la période natale. Il est également nécessaire de penser dès les premières années de vie aux actions de prévention des inégalités sociales de santé, en mobilisant l'ensemble des acteurs concernés.

Ces actions doivent être fondées sur des analyses fines. Il est important de transmettre dès les prémices de bons réflexes en matière d'alimentation, d'hygiène et de sommeil. Pour cette raison, le gouvernement a mis en place un parcours éducatif de santé.

Nous travaillons également avec les réseaux de santé en périnatalité, dont les missions ont été actualisées en 2015. Des priorités nationales d'actions ont été mises en œuvre, afin de réduire les inégalités sociales de santé et d'améliorer l'articulation entre les villes et les établissements de santé.

En outre, la DGS travaille avec la CNFPT au sein de groupes de travail afin d'améliorer les offres de formation nationale de santé. Les acteurs de terrain sont associés à ces groupes afin d'élaborer des stages de qualité qui répondent aux besoins des professionnels. La DGS a donc participé à un groupe de travail sur les sages femmes et à plusieurs ateliers de santé territoriale.

Thierry CARDOSO

Bonjour à tous. L'Agence Santé publique France a été créée dans une optique de fusion et de prévention, sur la base de données épidémiologique. Elle doit donc répondre à des nécessités d'expertise, d'efficacité et d'efficience. Elle développe des approches fondées sur la littérature, qui ont vocation à être transférées dans différents contextes. Nous disposons dorénavant de données sur une période de plusieurs dizaines d'années, qui doivent être adaptées aux contextes locaux pour répondre aux besoins des populations.

L'Agence vise également à devenir une agence d'expertise auprès des décideurs, du ministère de la Santé et des ARS. Il est donc nécessaire d'établir des partenariats et de renforcer notre implantation dans les régions. Je rappelle que l'institut de veille sanitaire dispose de cellules d'épidémiologie qui sont adossées aux ARS. Ces cellules se consacrent à des tâches surveillance épidémiologique, mais elles s'intéressent également de plus en plus aux aspects préventifs.

La prévention de santé publique s'attache aux comportements permettant d'améliorer l'état de santé. Or les données scientifiques que nous recueillons traduisent bien le rôle essentiel des interventions précoces. Il est également indispensable de prendre en compte les environnements. Je songe notamment aux environnements physiques, par exemple dans le cas des perturbateurs endocriniens.

Je songe également aux environnements affectifs et émotionnels. Nous développons un certain nombre d'expérimentations afin de promouvoir l'attachement. Nous nous appuyons également sur un programme de soutien à la parentalité. Enfin, nous nous impliquons dans les programmes scolaires, par de l'appui en expertise et par des actions visant à développer les compétences psychosociales chez les enfants.

Par ailleurs, nous travaillons sur la notion de stress chronique, qui peut être particulièrement toxique chez l'enfant. Notre objectif est de réduire l'anxiété pendant la grossesse et d'accompagner la gestion de la douleur et de la parentalité. Ce programme s'appuie également sur un corpus scientifique conséquent.

Nouvelles perspectives pour la santé territoriale

Notre mission repose essentiellement sur de l'expérimentation et de la littérature. Or un grand nombre de textes insistent sur la nécessité de privilégier la prévention et le soin. Il importe donc de mesurer l'efficacité des programmes de prévention qui sont mis en œuvre. Pour y parvenir, nous pouvons nous appuyer sur le substrat de données qui sont à notre disposition. Nous travaillons actuellement sur un registre des interventions prometteuses et sur la diffusion de données probantes dès l'année 2018.

Nous nous sommes impliqués dans le plan de mobilisation et de lutte contre la violence faite aux enfants. Les travaux sur la grossesse et plusieurs études cliniques ont notamment démontré que les déterminants de cette violence étaient en partie générés par des contextes sociaux défavorables. Ils sont également liés à des questions de gestion émotionnelle. La prévention est donc un enjeu essentiel, qu'elle soit exercée au niveau de la PMI ou de la médecine libérale.

J'ajoute que les transferts internationaux de données scientifiques ne se heurtent pas à des barrières culturelles, mais bien à des problèmes organisationnels. Or ce point est déterminant. Dès lors qu'il s'agit d'attachement ou de compétences psychosociales, il apparaît que les diverses sociétés humaines partagent un grand nombre d'approches.

Nous développons également un outil de marketing social. En nous appuyant sur des données de marketing, nous affinons notre compréhension des préférences des personnes. De plus, nous identifions plus clairement les processus qui déterminent ces choix. Ces données nous permettent donc de mettre en œuvre des interventions de santé publique plus efficaces.

Pour terminer, je souhaite souligner que les problématiques de prématurité sont particulièrement sensibles dans les territoires d'outre-mer. Nous collaborerons donc dès les prochains mois avec la Guyane afin de mieux identifier les causes de ce phénomène. Nous travaillerons également sur les conditions de travail des femmes enceintes, qui induisent notamment des enjeux légaux et d'exposition chimique dans certaines professions.

Marie-Christine COLOMBO

Bonjour à tous. Nous constatons que la loi de janvier 2016 encourage les synergies entre les politiques nationales et locales de santé. Il est notamment indiqué dans ce texte que les services de santé contribuent à la coproduction de la politique de santé publique. Or ces coproductions s'inscrivent également dans l'échelon local, grâce aux Conseils territoriaux de santé, aux programmes de prévention et de santé publique, aux communautés territoriales de santé et aux équipes de soins primaires. Je souhaite illustrer ces enjeux au travers de deux exemples.

La ville de Clichy-sous-Bois s'est mobilisée pour améliorer le quotidien de ses habitants, en développant une contractualisation avec de nombreux partenaires. Elle a signé un contrat local de santé avec l'Agence régionale de santé. La signature d'une convention territoriale globale lui a également permis de mettre en place un projet spécifique dans un quartier confronté à de nombreuses difficultés.

L'élaboration d'un diagnostic de santé sur les enfants de ce quartier avait notamment révélé un grand nombre de carences. L'objectif de ce projet était donc de réduire les inégalités de développement chez les enfants de 0 à 3 ans. Un accompagnement précoce renforcé a été mis en œuvre, selon le principe de l'universalisme proportionné (c'est-à-dire avec une volonté de toucher largement les populations).

Nouvelles perspectives pour la santé territoriale

Enfin, ce projet comprenait une dimension participative des familles. L'accompagnement était précédé d'une phase de sensibilisation, basée sur de l'animation d'actions collectives. Ce passage du communautaire à l'individuel a permis d'établir des contacts et d'instaurer une véritable écoute auprès des familles.

Le second exemple concerne la mise en place d'une équipe de santé primaire dans un secteur du Pays Haut (Nord de la Meurthe et Moselle) de Lorraine. Je rappelle que ce territoire subit actuellement après une désertification industrielle, une désertification médicale très nette. Un projet a donc été mis en place en réponse à ce phénomène. Il incluait la participation d'une pharmacienne, d'un jeune médecin généraliste venant s'installer et de la PMI (ou ce médecin a réalisé son dernier stage d'interne), qui s'organisent et gèrent des liaisons et des actions de prévention et de soin pertinentes pour la prise en charge des enfants.

La lutte contre les inégalités sociales de santé doit devenir une priorité. Pour mener ce travail, nous pouvons nous appuyer sur plusieurs leviers. Le Haut Conseil de Santé publique indique par exemple qu'une « *politique de santé publique doit être axée sur les enfants et sur les adolescents, en soutenant notamment la protection maternelle et infantile et la santé scolaire* ».

Il serait alors possible d'instaurer un fonds de financement national, orienté vers les services de PMI afin de permettre aux collectivités territoriales d'assumer pleinement leur mission. Je précise que la Défenseur des enfants insiste également sur la nécessité de renforcer le réseau maternel infantile et des moyens nécessaires à leur exercice. Par ailleurs, nous pourrions nous appuyer sur les leviers de la formation et de la recherche. Les programmes de formation initiale des professionnels de santé devraient davantage inclure les notions de prévention et de soins primaires. Ils devraient également intégrer des perspectives de formation mutuelle.

Cette lutte se heurte également à un certain nombre d'obstacles. Les services de PMI sont par exemple de plus en plus sinistrés, ce qui affecte leur capacité à conduire la mission prévue par le Code de Santé publique. La démographie des professions concernées est déclinante. En 2020, les deux tiers des médecins des PMI partiront en retraite.

En outre, la dotation globale de financement n'est pas fléchée vers les services de PMI. L'Assurance maladie finance ~~de~~ insuffisamment leurs actions. J'ajoute que la politique globale de PMI n'est pas toujours bien appréhendée par l'ensemble des acteurs institutionnels (conseils départementaux et ARS).

Concernant nos perspectives, il me semble que le cadre général est tout à fait favorable. Tous ces obstacles pourraient donc être levés si notre système de santé s'orientait effectivement davantage vers un volet préventif. Il conviendrait alors de mettre en place des moyens humains et organisationnels appropriés. Une grande politique de santé familiale et infantile suppose de « sanctuariser » l'existence des services départementaux de PMI et de planification familiale dans la perspective d'évolutions institutionnelles des collectivités locales.

Charlotte MARCHANDISE

Bonjour à tous. Le réseau santé s'inscrit dans le cadre de l'OMS. Il vise à agir sur les déterminants de la santé et à promouvoir une santé globale (qui inclut donc les notions de bien-être et de qualité de vie). Nous relevons d'un réseau européen, qui accrédite le réseau français.

Nouvelles perspectives pour la santé territoriale

Notre objectif est d'affirmer que la santé relève d'un choix politique et d'un ensemble d'actions locales. Il vise également à réduire les inégalités sociales de santé. Pour y parvenir, nous nous basons sur une appréhension globale de la situation. Nous tenons donc compte de l'impact de l'environnement sur la santé des populations. Nous nous appuyons également sur de nombreux travaux de recherche.

Au niveau des villes, il est important que ces questions de santé soient partagées avec l'ensemble des élus. Les communes doivent s'impliquer dans l'élaboration des décrets. Elles doivent également mener des actions de co-construction qui s'inscrivent dans des logiques de temps long.

La ville d'Angers a par exemple mis en place une action intitulée « *Grandir avec plaisir* ». Ce projet propose des ateliers sensoriels, qui associent les parents et les enfants dans des lieux d'accueil de la petite enfance. Plus généralement, de telles initiatives peuvent s'inscrire dans le cadre de partenariats avec d'autres acteurs ou faire l'objet d'un contrat de ville. Les ateliers santé-ville constituent également une approche pertinente pour la réduction des inégalités sociales de santé.

Le *big data* et les données que nous accumulons depuis plus de trente ans sont également devenus de véritables enjeux. Ils permettent de mesurer les effets de nos actions sur le temps long et de partager ces résultats avec les populations. Ils permettent également de mesurer l'efficacité économique des actions de prévention qui sont mises en place.

La ville de Lorient a par exemple travaillé sur la problématique de la garde d'enfants, pour les familles dont les horaires de travail sont atypiques. Cette question qui induit des enjeux de préservation du rythme de l'enfant et des familles est entièrement portée par la ville. La ville de Lorient s'implique véritablement dans la gestion de ces contraintes atypiques, en identifiant les besoins particuliers des populations.

De plus, un certain nombre d'actions sont menées en partenariat avec les associations. À Rennes, un projet a été conduit sur la nécessité de prendre en compte la notion de représentation. Les actions de confiance sur le long terme sont généralement plus efficaces que les discours moralisants. Il est donc fondamental de mener un travail sur ces représentations, en y associant les enseignants et les parents.

La stratégie nationale de santé soulève des enjeux d'*intersectorialité* et d'intervention sur les déterminants. La promotion de la santé est un élément essentiel. J'ajoute que de plus en plus, les villes doivent compenser le manque de professionnels sur place. Nous sommes par exemple conduits à mettre en place des consultations de psychologues pour les enfants des quartiers prioritaires. Plus généralement, il apparaît que les communes assurent une présence lorsque les autres systèmes sont défaillants.

La question de l'universalisme proportionné est également importante. Nous devons veiller à ne pas conduire des actions qui pourraient être discriminantes pour certains quartiers. Nous avons rédigé une revue afin de partager avec les élus et les techniciens un certain nombre d'outils simples et concrets. En outre, nous travaillerons sur les questions d'environnement. Des actions globales seront par exemple mises en œuvre dans les bâtiments communaux ou pour encourager l'achat de produits bio. Nous utiliserons bien tous les leviers qui sont à notre disposition.

Nouvelles perspectives pour la santé territoriale

Par ailleurs, le parcours éducatif en santé constitue un enjeu déterminant. Pour pouvoir agir auprès des lycéens, il est important de prendre en compte l'environnement immédiat des lycées. Pour mener notre travail sur la réduction des inégalités sociales de santé de la petite enfance, nous créerons un groupe sur la santé scolaire. Nous procéderons également à un recensement des actions de santé. Enfin, nous organiserons un colloque dédié à toutes ces questions le 24 mai, à Angers.

Pour conclure, je souhaite insister sur la nécessité de maintenir des échanges systématiques entre les élus et les techniciens. Il est essentiel de rappeler que la santé procède en premier lieu d'un choix politique.

Odile KREMP

Je vous remercie. J'invite les participants à poser leurs questions aux intervenants.

Jérémie CREPEL

Élu à la santé pour la ville de Lille

Il a été prévu d'organiser dans les écoles trois séances d'information sur la vie sexuelle et affective. J'aimerais savoir si vous disposez de renseignements sur la mise en place de ce projet. Je souhaite également souligner la difficulté que nous rencontrons pour accompagner la dépression postnatale, alors que les femmes sont déjà soumises à un grand nombre d'injonctions culpabilisantes pendant la grossesse.

Par ailleurs, je salue vos propos sur les compétences psychosociales, qui sont malheureusement peu évoquées dans le projet national de santé. Enfin, nous souhaitons vous proposer notre collaboration pour l'élaboration des documents de santé. Cette collaboration permettrait de faciliter leur diffusion auprès des habitants et vous pourriez bénéficier de notre expertise du terrain.

Odile KREMP

La stratégie nationale de santé sexuelle est en cours d'élaboration. Nous sommes donc très attentifs à ce sujet. Pour les questions de dépressions postnatales et de compétences psychosociales, je vous renvoie aux présentations de la table ronde suivante.

Thierry CARDOSO

Je remercie monsieur CREPEL pour cette proposition de collaboration, qui illustre la dynamique dans laquelle nous devons nous inscrire.

Mondane JACTAT

Adjointe à la santé à Grenoble, ville membre du Réseau français des Villes-Santé de l'OMS

Vous avez rappelé que le traitement des déterminants de santé pouvait être très différent selon les territoires. Il me paraît important de signaler que ces écarts sont parfois liés à des questions de volonté politique. Au sein du réseau, les élus à la santé sont convaincus de la nécessité d'agir. Je souhaite donc savoir comment nous pourrions nous assurer collectivement que la santé sera gérée équitablement sur l'ensemble des territoires.

Florence LELIEVRE

Médecin en centre de planification

Nouvelles perspectives pour la santé territoriale

Je signale que, pour les campagnes de prévention, nous ne nous appuyons peut-être pas assez sur les neurosciences. Par ailleurs, les professionnels ne sont pas toujours suffisamment formés pour conduire des entretiens motivationnels.

Docteur ASTERER
Médecin directeur PMIste pour les Yvelines

Je souhaite simplement signaler que dans notre secteur, la PMI intervient au sein de l'Université, afin d'informer les étudiants sur les actions qu'elle mène. Nous essayons donc de nous implanter en amont, au travers de cours et de stages qui visent à renforcer les liens entre le curatif et le préventif.

Odile KREMP
Concernant la question de madame JACTAT, je rappelle que la consultation nationale prenait en compte les divergences entre les territoires. L'analyse des commentaires qui ont été partagés à cette occasion nous fournira probablement de nouvelles pistes de réflexion.

Thierry CARDOSO
Je rejoins madame LELIEVRE sur la nécessité d'améliorer le marketing au travers des neurosciences. Pour autant, l'objectif n'est pas de manipuler les esprits, mais bien de mieux comprendre nos cibles. Néanmoins, je rappelle que les changements de comportements individuels ne sont pas liés à la compréhension cognitive. En outre, le point soulevé sur les entretiens motivationnels et sur la formation des professionnels constitue effectivement un enjeu essentiel.

Odile KREMP
J'ajoute que la formation des médecins sur ces sujets est maintenue dans certaines régions. Néanmoins, les temps d'enseignements consacrés à ces questions ont beaucoup évolué, en partie du fait de la mise en œuvre de l'indépendance des universités.

Roselyne MASSON
Cheffe de service de protection maternelle et infantile de Seine–Saint-Denis

À mon sens, l'action sur les déterminants de santé est un sujet véritablement politique. Les initiatives prises dans ce domaine peuvent avoir des conséquences sur les politiques publiques. Je m'interroge donc sur les moyens qui sont investis dans la prévention. Ces investissements pourraient permettre de générer des économies sur le long terme, par exemple sur des périodes de 10 ans ou de 20 ans. Malheureusement, ces durées ne correspondent pas à la temporalité politique et il est donc souvent difficile de porter ces sujets devant les autorités politiques nationales.

Odile KREMP
Je souligne que nous disposons désormais d'une loi de Santé et d'une stratégie nationale de santé qui priorise la prévention. Il me semble donc qu'il existe une véritable volonté politique de renforcer ces enjeux et de traiter ces problèmes.

Table ronde : santé mentale et souffrances psychiques

Dr Philippe LEBORGNE

Adjoint à la cheffe du bureau de la santé mentale, Direction générale de la santé, ministère des Solidarités et de la Santé

Dr Anne-Claire STONA

Chargée de la santé mentale des jeunes, Direction générale de la santé, ministère des Solidarités et de la Santé

Pauline GUEZENNEC

Chargée de mission, Centre national de ressources et d'appui aux conseils locaux de santé mentale — CCOMS

Dr Christine BRETON-SIERRA

Médecin de prévention, ville de Neuilly, représentante de l'Association nationale de médecine professionnelle des personnels territoriaux — ANMMPT

Dr Hélène COLOMBANI

Présidente de la Fédération nationale des centres de santé — FNCS

Marianne AUFFRET

Maire adjointe de Paris XIV^e, chargée de l'urbanisme de la santé, vice-présidente de l'Association Élus, santé publique & territoire — ESPT

Philippe LEBORGNE

Bonjour à tous. Au sein de la Direction générale de la santé, nous menons un travail sur les questions de santé mentale. Le champ d'action de la DGS se concentre plus particulièrement sur les déterminants individuels, sociaux et environnementaux qui agissent sur la santé mentale. Nous menons également des actions de prévention individuelle, de repérage précoce et de renforcement du droit des usagers.

Anne-Claire STONA

Bonjour à tous. Je souhaite vous présenter les grands axes de notre réflexion sur l'élaboration d'une stratégie de santé mentale pour les bébés, les enfants et les adolescents. J'évoquerai également les grands enjeux qui sont traités au travers de cette stratégie. Je rappelle que nous utilisons la notion de santé mentale au sens de la définition de l'OMS, c'est-à-dire comme « *le fondement du périmètre d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté* ».

Nos réflexions s'appuient également sur la notion d'investissement social. Nous tenons compte du rôle de l'investissement dans la capacité des personnes, ainsi que l'articulation des politiques publiques avec le développement de services de qualité accessibles.

Je précise que les coûts globaux des problématiques de santé mentale sont très élevés pour la société. Ce facteur nous invite donc à opter pour une approche globale de la politique de santé mentale, en particulier pour la classe d'âge sur laquelle nous travaillons.

Notre travail s'articule autour des thématiques suivantes :

- la promotion du bien-être ;
- la prévention des troubles mentaux ;

Nouvelles perspectives pour la santé territoriale

- le repérage précoce ;
- l'accès aux soins;
- l'information sur la santé mentale et la formation des professionnels.

Promotion du bien-être et prévention des troubles mentaux

Cet axe vise à consolider les compétences psychosociales et socio-émotionnelles des individus. Ces approches ont déjà démontré toute leur efficacité sur l'amélioration du bien-être, de la santé mentale, des relations entre adultes et enfants, de l'estime de soi et du climat scolaire.

En outre, le soutien à la parentalité a un impact très significatif sur la psychologie des enfants et des adolescents. Nous accompagnons donc toutes les expérimentations que Santé publique France mène sur ces questions. De plus, nous travaillerons prochainement sur le développement du programme « Naissance et parentalité en pleine conscience », qui vise à accompagner les couples en attente d'un enfant.

La prévention de la maltraitance, du harcèlement, de la violence chez les jeunes et du risque d'exclusion sociale est également un enjeu essentiel des stratégies de santé mentale. Nous travaillons donc également sur les problématiques de négligence pouvant générer des souffrances psychiques.

Repérage précoce et accès aux soins de passivité

La mise en œuvre d'actions précoces permet d'éviter l'apparition des situations complexes, des troubles sévères et de leur chronicité. Ces actions se heurtent toutefois à de nombreux obstacles, tels que la stigmatisation, la représentation des professionnels, le faible niveau de connaissance sur le sujet ou l'absence de soutien parental. De plus, l'offre de soins en France est saturée et souvent insuffisamment structurée.

Nous menons également une expérimentation qui vise à mettre en place un parcours d'information et un parcours de soins adaptés, destinés aux adolescents en situation de souffrance psychique. Le parcours de soins permettra notamment de bénéficier d'une évaluation et d'une éventuelle orientation vers un psychologue libéral ou vers un psychiatre si nécessaire.

Enfin, nous nous sommes interrogés sur l'articulation entre les professionnels de la PMI et les acteurs de santé mentale. Notre objectif est de renforcer les collaborations sur un grand nombre de sujets.

Information sur la santé mentale et formation des professionnels

L'amélioration des connaissances en santé mentale chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes est un enjeu essentiel. Des semaines d'informations en santé mentale seront donc organisées du 12 au 25 mars 2018. Celles-ci permettront de mettre en place des actions partenariales avec l'ensemble des personnes concernées.

Afin d'améliorer la formation des acteurs, nous travaillons avec le CNFPT pour intégrer ces questions dans les pratiques des professionnels. Nous menons également une réflexion sur la rénovation des formations d'intervention en cas de crises suicidaires. L'objectif est de mettre en place une expertise d'intervention pour les professionnels au contact de jeunes concernés par ces problématiques. Des sentinelles formées au repérage et à l'orientation seraient également positionnées en amont du dispositif.

Nouvelles perspectives pour la santé territoriale

Notre stratégie est donc globale et elle implique l'engagement d'un grand nombre d'acteurs. Elle nécessite également une collaboration soutenue entre les collectivités territoriales et l'État. Enfin, la question de la formation constitue un levier déterminant de la réussite de notre action.

Pauline GUEZENNEC

Bonjour à tous. Depuis 2007, le CCOMS développe un programme d'appui visant à soutenir les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) en France. Cet appui méthodologique permet de soutenir nos partenaires sur les territoires. Il est financé par le ministère de la Santé et par le Commissariat général à l'égalité des territoires. Depuis 2017, il est également devenu centre national de ressources et d'appui aux CLSM, ce qui accroît notre visibilité sur les actions proposées.

Je rappelle qu'un CLSM est un espace de concertation et de coordination entre des élus locaux, la psychiatrie publique, des représentants des usagers et l'ensemble des partenaires concernées par les problématiques de santé mentale. Cette démarche est portée et pilotée par les élus locaux. Son périmètre d'intervention varie en fonction des territoires.

Dans la loi de 2016, les CLSM ont été identifiés comme un outil permettant la mise en place du projet territorial de santé mentale. Ils sont également contributeurs de données sur le sujet, puisqu'ils établissent des diagnostics sur les territoires. De plus, ils peuvent développer des actions qui ont été identifiées dans le PTSM.

À ce jour, près de 200 CLSM sont opérationnels, pour un total de 1 500 communes. Environ 60 CNSM supplémentaires sont en cours de construction. L'instruction du 30 septembre 2016 a également identifié cette démarche comme un levier permettant d'améliorer la santé mentale des quartiers politiques de la ville. Les CLSM doivent donc être intégrés dans des contrats de ville.

En fonction des états des lieux et des diagnostics qui sont établis, les membres des CNSM définissent des publics et un certain nombre de thématiques. Les trois thématiques les plus développées concernent le logement, la lutte contre la stigmatisation et les cellules de situation individuelles des personnes en difficulté.

Pour le logement, des conventions peuvent être établies entre les bailleurs sociaux et la psychiatrie. Des formations sont également dispensées auprès des gardiens d'immeubles, qui sont régulièrement confrontés à des difficultés de voisinage ou à des problèmes d'incurie. Ces professionnels peuvent donc exercer un rôle de repérage, de prévention et d'orientation vers les ressources disponibles sur le territoire.

Des formations destinées aux professionnels du logement ont également été élaborées autour des problématiques d'incurie et du syndrome de Diogène. Plus généralement, notre priorité reste de mener un travail préventif sur tous ces sujets.

Le public des CLSM peut être très divers. Dans le domaine de la parentalité, une action de formation et de repérage à l'accompagnement de la dépression postnatale a par exemple été mise en place. Certains CLSM développent des formations de repérage aux signes de souffrance psychiques chez les adolescents. Une action contre le harcèlement scolaire a par exemple été lancée à Montreuil.

Pour les personnes âgées, l'un des principaux enjeux est de parvenir à rompre l'isolement. À Reims, le CLSM a par exemple créé un dispositif d'interventions d'éducateurs sportifs afin

Nouvelles perspectives pour la santé territoriale

d'inciter ces personnes à participer aux activités de quartier. Enfin, les CLSM travaillent également sur la prévention du suicide.

En conclusion, les CLSM progressent sur le territoire, notamment grâce à l'appui des ARS. Néanmoins, ces organismes relèvent en premier lieu d'une démarche politique. Ils doivent donc être portés par des élus locaux qui sont convaincus de leur utilité. De notre côté, nous proposons un certain nombre d'outils permettant de faciliter ces démarches. Nous organisons notamment des formations pour les coordinateurs des CLSM dans le cadre de l'offre de formations du Cnfpt, ainsi que des actions de sensibilisation destinées aux élus locaux.

Christine BRETON-SIERRA

Bonjour à tous. Le cadre de référence de la médecine du travail ou médecine préventive et professionnelle est déterminé depuis 1945. Notre vocation est de conduire des actions de santé au travail afin de préserver la santé physique et mentale des agents pendant leur vie professionnelle. Nous devons donc mettre en œuvre des actions de prévention des risques professionnels et des actions d'information et de formation.

Parmi les risques psychosociaux, nous prenons notamment en compte le stress et les violences internes ou externes. Le stress survient en cas de déséquilibre perçu par une personne sur ses capacités à réaliser son travail compte tenu d'une part, des contraintes imposées par l'environnement et d'autre part des ressources disponibles pour les gérer.

Je rappelle que l'évaluation des risques psychosociaux est intégrée à l'évaluation des risques. Elle est donc incluse dans le document unique produit par les entreprises. Par ailleurs, le *burn-out* est défini comme le résultat d'une accumulation continue de stress, conduisant à un épuisement des ressources physiques, émotionnelles et mentales.

Assez récemment, le concept de qualité de vie au travail a été mis en place. Or ce concept vise en priorité le travail et donc la possibilité pour un salarié de « *réaliser un bon travail, dans une bonne ambiance et dans le cadre de son organisation* ». Il ne s'agit donc pas uniquement d'une question de bien-être. Ce concept intègre également des enjeux de « bien-vivre » et de « bien-faire ».

Dans ce cadre, la médecine préventive conseille les employeurs, les agents et les représentants du personnel afin de minimiser les risques et d'améliorer les conditions de travail. Elle préconise des mesures pour prévenir la consommation de drogues et d'alcool sur le lieu de travail et pour réduire les situations de pénibilité.

Pour mener ce travail, elle dispose d'un certain nombre d'outils, dont le suivi médical individuel. Elle établit également des liens très importants avec la médecine statutaire. Le premier volet de son action repose sur une approche collective. Il inclut notamment la présentation d'un programme de santé au travail.

Ce programme est décliné en actions de prévention primaires, secondaires et tertiaires. Des actions prioritaires sont également définies en fonction des spécificités locales.

un Plan National d'Action Santé-Travail (PST3) a été défini pour la période 2016-2020. Ce plan repose sur deux axes stratégiques, qui sont :

- la priorité à la prévention primaire ;
- le développement d'une culture de prévention.

Nouvelles perspectives pour la santé territoriale

Une construction participative est mise en œuvre au niveau régional. Des axes stratégiques similaires ont été définis autour des questions de santé psychique et de la promotion du bien-être au travail. Ces axes seront déclinés au travers de 31 actions, qui impliquent notamment une coordination régionale dans le domaine du maintien dans l'emploi et de la qualité de vie au travail, levier de performance économique et sociale.

Certains axes visent également à prévenir les addictions, avec la mise en place d'une approche transversale. De plus, ils prennent en compte la formation des professionnels de santé ou encore la mobilisation de ressources pour développer la promotion de la santé. Enfin, ils insistent sur la nécessité de renforcer la transversalité entre la santé au travail et la santé publique.

Au quotidien, les interventions des médecins de prévention peuvent être très variées. Ceux-ci peuvent accompagner des personnes en situation de souffrance et les orienter vers une démarche de diagnostic et de soins. Ces processus peuvent aboutir à terme à un maintien dans l'emploi. Les médecins de prévention peuvent être également conduits à proposer un accompagnement soutenu en cas de reprise d'activité.

Ils doivent veiller à la mise en œuvre d'actions collectives, par exemple des actions de formation sur la prévention des risques psychosociaux. Ils organisent également des coordinations avec les acteurs de la santé mentale. Ils facilitent l'accès aux soins en proposant des ressources adaptées. Enfin, ils peuvent accompagner les salariés en situation de handicap psychique.

Pour conclure, je note que nos champs d'action sont différents. Toutefois, nous partageons un certain nombre de préoccupations communes et de véritables synergies en matière de santé psychique.

Hélène COLOMBANI

Bonjour à tous. Je souhaite aborder le rôle des centres de santé dans la prise en charge des problématiques de santé mentale et de souffrances psychiques. Dans le cadre de ma présentation, j'évoquerai les populations qui souffrent d'une maladie psychiatrique avérée et celles qui sont confrontées à des questions relatives au bien-être. Nous rencontrons également des personnes ayant subi des violences ou des traumatismes psychiques. Enfin, nous travaillons avec des populations sujettes à des problèmes d'addiction.

Les centres de santé sont implantés dans les territoires. Près de 66 % de nos adhérents travaillent dans des quartiers politiques de la ville. Cette présence territoriale implique des échanges fréquents avec un grand nombre d'acteurs locaux, qui peuvent notamment nous alerter sur des situations problématiques. Les centres de santé sont également impliqués dans les conseils locaux en santé mentale. Ils interviennent régulièrement dans ce cadre.

L'organisation pluriprofessionnelle de ces centres permet de prendre en charge un grand nombre d'aspects. Ils sont en mesure de dispenser des soins et de travailler sur des questions de promotion de la santé ou de dépistage. Ils peuvent également mener des actions de repérage. En outre, ils relèvent du secteur I et du tiers payant (et du tiers payant intégral dans certaines situations).

Les gestionnaires des centres ont recruté des psychologues et proposent des consultations à prix réduit. Ce dispositif est essentiellement destiné à des publics qui ne sont pas en mesure de consulter des psychologues privés. Il met également à la disposition des médecins traitants des ressources permettant de conduire une approche plus globale des situations.

Nouvelles perspectives pour la santé territoriale

Par ailleurs, les centres de santé proposent des programmes d'éducation thérapeutique autour de la gestion du stress. Ils mettent en place des consultations sur l'apprentissage de la cohérence cardiaque. Plus généralement, ils proposent un panel très large de solutions alternatives, adaptables en fonction des profils. Ils disposent également de médiateurs de santé qui accompagnent les personnes ayant subi des traumatismes familiaux.

Je souhaite donner un exemple afin d'illustrer comment les centres de santé peuvent améliorer à la fois le repérage des troubles et la prise en charge des personnes. Dans le cadre des actions que nous avons menées à Nanterre, nous avons lancé des consultations avancées de psychiatres au sein du centre de santé. Ces consultations étaient doublées d'une réunion bimensuelle d'un staff de santé mentale, comprenant des médecins généralistes, un psychiatre, la psychologue du centre et la médiatrice.

Cette équipe peut ainsi travailler sur les dossiers plus problématiques ou éventuellement faciliter l'orientation d'un patient vers un psychiatre. Les problèmes particulièrement complexes sont évoqués au cours de ces réunions, notamment ceux qui nécessitent un accompagnement de la médiatrice. Enfin, la répartition des rôles permet d'améliorer la prise en charge des pathologies.

Ces consultations avancées ont également été mises en place dans les centres de Gennevilliers et d'Asnières. Désormais, nous souhaitons intégrer dans l'équipe une infirmière de psychiatrie, afin de développer de nouveaux aspects. Pour améliorer la prise en charge somatique des patients, le secteur psychiatrie de Marseille a par exemple créé un centre de soins spécifiques. Plus généralement, nous sommes parvenus à mettre en place des suivis améliorés de toutes ces problématiques.

Par ailleurs, des psychologues peuvent intervenir dans les espaces santé-jeunes. Ils interviennent également dans des établissements et sur de très nombreux sujets en lien avec l'ASE. Enfin, certains centres de santé ont développé des prises en charge pour les situations de violences intrafamiliales.

Marianne AUFFRET

Dans le cadre de mes activités d'élue santé publique et territoires, je souhaite présenter trois thèmes qui à mon sens constitueront de grands enjeux pour les villes.

Le premier thème est celui de l'habitat et de la santé mentale. Les 12 et 13 décembre, nous organiserons des journées d'étude, en collaboration avec le Comité d'orientation santé mentale de Marseille. Je considère que la question du lien entre urbanisme et santé mentale est essentielle pour les élus. Progressivement, ce sujet est mentionné dans la loi, notamment dans l'article 69 de la loi de Santé.

Nous devons travailler sur l'accompagnement au logement, car ce sujet implique de très nombreuses problématiques. Je songe par exemple à l'appartement de coordination thérapeutique, qui induit un accompagnement intensif. Les modes d'interventions dans le logement sont multiples. Ils concernent des secteurs aussi divers que le sanitaire ou le médico-social. Il sera donc essentiel de mener une réflexion sur la caractérisation de ces enjeux. Dès lors, nous serons plus en mesure d'apporter des réponses aux besoins sur les territoires.

Cette phase de diagnostic sera déterminante et devra intégrer les problématiques de lien social. La mise à disposition de logements accompagnés est indissociable des politiques de programmation de logements dans les villes. Ces politiques devront par exemple mettre en œuvre des PLAI, c'est-à-dire la construction de logements dont les loyers sont les moins élevés dans la typologie HLM.

Nouvelles perspectives pour la santé territoriale

La loi SRU impose une certaine proportion de logements sociaux dans les villes, mais elle ne précise pas de quelles catégories ils relèvent. Or il ne sera pas possible de proposer du logement accompagné sans préalablement disposer de logements à très bas prix. Il est essentiel de mener cette réflexion, mais les secteurs de l'urbanisme et de la santé sont malheureusement trop étanches. Les contraintes du programme des ARS et celles du programme du logement sont trop souvent considérées séparément.

Le second sujet concerne le vieillissement des publics. Nous percevons parmi les publics précaires et handicapés des phénomènes de vieillissement précoce. Ces deux publics sont également sujets à des situations de souffrances psychiques. Or il apparaît que la précarité et la souffrance psychique sont très souvent corrélées.

Je signale que les personnes souffrant de handicap vieillissent souvent de manière précoce, et donc avant d'être intégrées dans le circuit de la vieillesse (c'est-à-dire avant 65 ans). Cette phase de vieillissement débute généralement autour de 50 ans. Il existe donc une période qui n'est pas couverte par les politiques publiques du vieillissement, du handicap ou de la précarité.

Ces personnes ont le plus souvent besoin d'accéder à des diagnostics différentiels, et notamment à des diagnostics de gérontologie. Or ces procédures sont rarement mises en œuvre. Ce segment de la population est donc particulièrement fragile, très affecté par le chômage et souvent en rupture quant aux problématiques de logement.

Enfin, il me paraît important de souligner la grande diversité des situations, qui peuvent relever du handicap, de la précarité ou de la psychiatrie. Il sera pourtant indispensable de parvenir à dépasser ces catégories pour décrire notre environnement dans son ensemble. Nous devons opter pour un langage simple, sincère et compréhensible par tous. En revanche, nous ne devons plus utiliser les terminologies que nous employons depuis 10 ans.

Philippe LEBORGNE

Je vous remercie pour ces présentations. J'invite les participants à poser leurs questions aux intervenants.

DE LA SALLE

Je souhaite poser une question à madame Christine BRETON-SIERRA. Une étude récente a démontré que 24 % des salariés étaient affectés par d'intenses problèmes de stress, pouvant avoir des répercussions immédiates sur leur santé. J'aimerais donc connaître la position de votre association sur la réforme du Code du travail, dont on peut estimer qu'elle aggravera ces problématiques.

Christine BRETON-SIERRA

Des enquêtes sont régulièrement menées sur ce sujet. Les médecins de prévention et les médecins du travail ont mis en place des dispositifs de suivi et de surveillance de la santé des salariés. En outre, nous considérons qu'une meilleure qualité de vie est bénéfique à l'ensemble des acteurs de l'entreprise. Des efforts sont également menés pour améliorer le partage de l'information sur ces enjeux. Dans tous les cas, ce sujet doit faire l'objet d'une vigilance particulière et constante.

Jean-Paul VOGEL

Je signale que la suppression des CHSCT affectera probablement la qualité du suivi sur ces questions.

Nouvelles perspectives pour la santé territoriale

Christine BRETON-SIERRA

À mon sens, les parties prenantes doivent comprendre que l'amélioration de la qualité de vie au travail est bénéfique à tous les acteurs. La santé au travail doit demeurer un enjeu prioritaire et s'appuyer sur de véritables savoir-faire de prévention. Il est donc indispensable de développer des actions de formation, afin d'accroître les compétences à tous les échelons.

DE LA SALLE

Je remercie madame Marianne AUFFRET pour son intervention. Je confirme qu'il est très difficile de parvenir à réunir les acteurs du monde social et les acteurs du monde de la santé autour d'un objectif commun.

Marianne AUFFRET

Des initiatives ont été lancées et des professionnels relevant de divers secteurs sont dorénavant associés sur les mêmes lieux de travail. Néanmoins, ces progrès demeurent insuffisants. C'est pourquoi nous devons désormais déterminer des problématiques communes et les outils qui peuvent être mis en commun.

Je souhaite que des professionnels des sciences sociales ou de la sociologie des organisations puissent examiner ces enjeux afin d'identifier précisément les obstacles à ce travail de collaboration. Il ne s'agit pas d'un manque de bonne volonté de la part des individus, mais bien de problématiques structurelles. D'une certaine manière, nous devrions créer des outils nous permettant d'analyser les mécanismes inconscients de l'élaboration des politiques publiques.

Philippe LEBORGNE

J'ajoute que cette notion de diagnostic commun doit être le point de départ, afin de prioriser les actions.

Lydie COMBE

Coordinatrice santé à Vincennes

Je souhaite rappeler la paupérisation grandissante qui affecte la population des seniors. Compte tenu de la baisse du niveau de vie des retraités, les sommes consacrées à la santé sont beaucoup moins importantes qu'auparavant et la qualité de l'habitat se dégrade.

Très souvent, ces personnes sont isolées et elles ne bénéficient pas du soutien des aidants. Dès lors, elles communiquent peu avec nos services. Elles sollicitent rarement notre aide, notamment parce qu'elles ne souhaitent pas exposer publiquement leur situation. Ces difficultés réduisent significativement nos possibilités d'action.

Philippe LEBORGNE

La question de l'isolement des personnes âgées est un déterminant essentiel, sur lequel nous devons travailler. Le risque suicidaire est par exemple une problématique très importante, toutefois particulièrement complexe à aborder. Plus généralement, cette question de l'isolement est souvent difficile à traiter.

Marianne AUFFRET

J'ajoute qu'il est important de distinguer les personnes qui sont déjà affectées par des troubles et qui vieillissent de celles qui subissent de nouveaux troubles à mesure qu'elles prennent de l'âge. Nos diagnostics doivent être particulièrement précis, afin de bien caractériser des besoins qui peuvent être très différents.

Hélène COLOMBANI

Nouvelles perspectives pour la santé territoriale

Ce sujet est effectivement important, car il est peut-être difficile de déterminer si un cas relève de la psychiatrie ou de la gérontologie. C'est pourquoi il est souvent nécessaire de mettre en place des médiations afin de trouver une solution adaptée pour les personnes concernées. De plus, la présence des géronto-psychiatres n'est pas suffisamment bien répartie sur le territoire et les délais d'attente pour les consulter sont souvent longs.

Marianne AUFFRET

En l'absence d'un géronto-psychiatre sur le territoire, il est possible de proposer aux patients des diagnostics différenciés.

Thomas UMIASTOWSKI

Communauté de communes de Marne et Gondoire en Seine-et-Marne

J'aimerais demander à madame Hélène COLOMBANI si la possibilité de devenir salarié encourage les professionnels à postuler dans les centres de santé.

Hélène COLOMBANI

Cette forme d'exercice peut être avantageuse pour recruter des médecins généralistes, car elle séduit de plus en plus les jeunes générations. Les jeunes professionnels apprécient également la possibilité de travailler en équipe, dans un cadre qui privilégie les approches diversifiées.

De plus, un grand nombre de centres de santé travaillent en lien avec les universités. Plusieurs praticiens sont donc maîtres de stages et accueillent des internes en fin de cursus. Au terme de leur stage, ces internes souhaitent très souvent poursuivre leur activité au sein du centre.

En revanche, nous sommes confrontés aux mêmes problèmes que les autres organismes pour le recrutement de spécialistes. Il est par exemple difficile de recruter des ophtalmologues ou des dermatologues. Les rémunérations que nous proposons ne sont souvent pas suffisamment attractives.

Table ronde : santé et environnement

Joëlle CARMES

Sous-directrice de la prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation, Direction générale de la santé, ministère des Solidarités et de la Santé

Guillaume FAUVEL

Médecin directeur, Direction santé publique et accessibilité, ville de La Rochelle, représentant du réseau français des Villes-santé de l'OMS

Ghislaine PALIX-CANTONE

Cheffe du bureau de l'environnement intérieur, Direction générale de la santé, ministère des Solidarités et de la Santé

Élisabeth BELIN

Maire adjointe de Saint-Denis, membre du Conseil d'administration de l'association Élus, santé publique & territoire — ESPT

Caroline PAUL

Cheffe du bureau de l'environnement extérieur, Direction générale de la santé, ministère des Solidarités et de la Santé

Joëlle CARMES

Bonjour à tous. Je remercie le CNFPT d'avoir invité la Direction générale de la santé à cette table ronde qui porte sur la thématique santé et environnement. L'environnement est un déterminant majeur du domaine de la santé. Une sous-direction spécifique au sein de la direction générale de la santé traite de ces sujets, il s'agit de la sous-direction de la prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation.

C'est cette sous-direction que je pilote qui conduit la politique de prévention mais aussi de gestion des risques sanitaires liés au milieu de vie et à l'alimentation au nom du Ministère. La sous-direction regroupe une cinquantaine de personnes, dont un grand nombre d'ingénieurs, mais également des médecins, des pharmaciens et des personnels administratifs. Quatre bureaux composent cette sous-direction. Deux des quatre chefs de bureau, Caroline Paul et Ghislaine Palix-Cantone sont également présentes.

La politique que nous menons fait l'objet d'échanges réguliers entre plusieurs ministères. Nous travaillons notamment avec les ministères chargés de l'écologie, de l'agriculture, de la consommation, du logement, de l'intérieur, de l'éducation nationale, de la recherche et de l'outre-mer. Nos expertises et nos évaluations s'appuient sur plusieurs agences, que sont l'Agence Nationale de Santé Publique (ANSP), l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), l'Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire (IRSN), l'Autorité de Sûreté Nucléaire (ASN) et le Haut Conseil de la Santé publique (HCSP),

Depuis 2010, les services sanitaires de terrain (DRASS et DDASS) sont devenus des Agences Régionales de Santé (ARS) qui sont des agences autonomes et plusieurs d'entre elles ont signé des contrats locaux avec les villes. Elles déploient à l'échelon local des politiques qui sont édictées au plan national. Nous établissons également de nombreux liens avec les parties prenantes, dans le cadre de l'élaboration de plans. Le plan national « Santé-Environnement » est un bon exemple. Son élaboration puis son suivi s'appuient sur le

Nouvelles perspectives pour la santé territoriale

groupe « Santé-Environnement », qui réunit les collectivités territoriales, les employeurs, les organisations syndicales, les professionnels de santé et les associations environnementales.

La loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 prévoit plusieurs dispositions qui visent à renforcer les actions de prévention, notamment en matière d'amiante, de plomb, de radon ou de lutte contre la légionellose. La prévention a également été améliorée afin de lutter contre les nuisances sonores, la pollution de l'air et les espaces nuisibles. Nous avons récemment diffusé un plan sur le radon et un plan sur les micropolluants.

Actuellement, notre principal chantier porte sur la stratégie nationale de santé. Cette stratégie découle des dispositions de la loi de santé, qui dispose notamment que « *la politique de santé est conduite dans le cadre d'une stratégie nationale pluriannuelle* ». Cette stratégie s'articule autour de plusieurs axes, notamment autour de la promotion de la santé et d'un environnement favorable à la santé. La notion d'« environnement favorable » est développée au travers de plusieurs volets, que sont :

- la réduction de l'exposition des populations aux pollutions extérieures et aux substances nocives pour la santé ;
- la réduction de l'exposition de la population à l'habitat indigne et aux pollutions intérieures ;
- la prévention des maladies vectorielles.

Cette stratégie sera adossée à un plan national de santé publique (PNSP), comportant plusieurs mesures fortes en matière de prévention.

Ghislaine PALIX-CANTONE

Bonjour à tous. Je souhaite vous présenter nos principales actions dans le domaine de la qualité de l'air intérieur. Aujourd'hui, près de 80 % de la population travaille dans des espaces clos. Or la qualité de l'air peut être génératrice de certaines pathologies, notamment de l'asthme. Il s'agit donc d'un enjeu très important. Je rappelle que le coût de la pollution de l'air intérieur est estimé à 19 milliards d'euros par an.

La politique que nous menons sur ce sujet repose sur trois principes, qui sont :

- le développement des connaissances ;
- l'élaboration et la poursuite de la réglementation ;
- le développement d'actions de sensibilisation.

Le caractère interministériel de cette politique est très important. Cette démarche qui s'appuie sur des plans nationaux vise également à protéger les publics sensibles et à développer les bons gestes au sein de la population.

Afin d'améliorer nos connaissances, nous travaillons sur les niveaux d'expositions qui sont mesurés par l'Observatoire de la qualité de l'air intérieur. Nous travaillons également sur certains produits, tels que les produits d'entretien ou les produits désodorisants. De plus, un grand nombre d'expertises sont conduites sur l'élaboration des polluants de l'air intérieur.

L'un de nos principaux chantiers vise la mise en œuvre d'une surveillance obligatoire dans les établissements recevant du public. Cette surveillance qui commencera dès 2018 repose d'une part sur l'évaluation obligatoire des moyens d'aération. D'autre part, elle s'appuie sur un programme d'action et de prévention et sur des campagnes de mesures de la qualité de

Nouvelles perspectives pour la santé territoriale

l'air intérieur. Localement, les actions mises en œuvre sont pilotées par les DREAL. Les ARS interviennent également dans le dispositif.

Nous travaillons actuellement sur la poursuite des actions d'étiquetage des produits. Depuis le mois de mai, un texte de loi prévoit par exemple la mise en place dès 2019 d'un étiquetage obligatoire pour les produits désodorisants à combustion. Des réflexions sont également en cours sur des procédures d'étiquetage du mobilier.

Par ailleurs, il est essentiel de sensibiliser les populations à ces enjeux. Nous devons donc mener des actions à destination du grand public, en diffusant notamment un certain nombre d'infographies sur ce sujet. Nous proposons également des outils qui permettent de réaliser des diagnostics à domicile de la qualité de l'air. Enfin, nous élaborons des modules de formation continue destinés aux professionnels de santé.

Par ailleurs, il est essentiel de sensibiliser les acteurs qui interviennent dans les domiciles des personnes (notamment les infirmiers, les auxiliaires de vie et les travailleurs familiaux). Les enjeux de qualité de l'air intérieur doivent également être pris en compte dans les politiques de rénovation énergétique, notamment pour les constructions de bâtiments neufs. Il est donc très important de mener des actions de sensibilisation à destination des professionnels du bâtiment.

Guillaume FAUVEL

Bonjour à tous. Je souhaite évoquer avec vous le projet Impact'Air, qui est mis en œuvre dans la ville de La Rochelle. Pour mener ce projet local, nous nous appuyons sur un certain nombre de cadres réglementaires qui légitiment notre action. Nous demeurons toutefois très dépendants des choix politiques locaux.

Initialement, nous nous sommes appuyés sur un appel à projets afin de développer nos recherches sur les problématiques de qualité de l'air intérieur dans les écoles. Cette démarche avait notamment réuni un grand nombre de partenaires. Nos objectifs étaient alors de mieux identifier les problématiques et de proposer un certain nombre de réponses. Nous souhaitions également tester les aérations et mettre des outils concrets à la disposition des acteurs présents dans les écoles. Enfin, nous estimions que ce premier enjeu nous permettrait d'impulser une véritable démarche de promotion de la santé.

Nous avons donc commencé par mesurer la qualité de l'air dans les écoles. Nous avons traité l'ensemble des données collectées puis réalisé des mesures dynamiques afin de tester les impacts de nos divers scénarios de ventilation. Au terme de ce processus, nous avons produit un plan. Je rappelle que les déterminants de la qualité de l'air intérieur peuvent être liés au bâti, au mobilier, à la décoration et aux comportements des personnes.

Nous avons également testé les pratiques d'aérations et les recommandations de l'Observatoire de la qualité de l'air intérieur. Nous avons mis en place un indicateur lumineux, qui émet un avertissement lorsque les niveaux critiques de confinement d'une pièce sont atteints. Or il est apparu que l'utilisation de cet indicateur et des conseils d'aération permettait de diminuer les niveaux de contamination. Plus généralement, nous sommes parvenus à prouver que les pratiques habituelles devaient être modifiées.

En outre, nous avons mis en œuvre des actions sur l'entretien des locaux et sur la réduction des polluants et de l'humidité. L'un de nos futurs enjeux sera de parvenir à intégrer la problématique de la qualité de l'air intérieur dans les projets de rénovation et de construction de bâtiments. Nous souhaitons également faire évoluer la politique d'achats pour tous les produits de nature à dégrader la qualité de l'air. Enfin, nous sommes très attachés aux enjeux de sensibilisation.

Nouvelles perspectives pour la santé territoriale

De nombreuses modifications sont prévues à partir du 1^{er} janvier 2018. Les collectivités territoriales devront répondre à un certain nombre d'obligations sur ce sujet. Dans le cadre du Réseau Français des Villes Santé, un groupe de travail (Paris, Aix-les-Bains, Besançon, Grenoble, Marseille et Rennes, pilotage par La Rochelle et Lyon) a donc été mis en place auprès de certaines d'entre elles afin de partager nos pratiques. Nous avons notamment produit un guide qui synthétise l'ensemble de nos expériences sur le sujet. Cette contribution du réseau vise à solliciter les collectivités locales, pour qu'elles s'engagent davantage dans cette démarche.

Pour conclure, il me paraît également important de déterminer si les problématiques de santé et d'environnement peuvent constituer des opportunités pour les perspectives territoriales. Notre expérience fait ressortir qu'il est de plus en plus difficile de communiquer sur la promotion de la santé dans le cadre des politiques locales. Nous observons notamment un recentrage sur des missions plus régaliennes. Les politiques mises en place s'appuient de plus en plus sur des visions à court terme, voire à très court terme.

Il est donc devenu plus difficile de parvenir à faire entendre un discours de promotion de la santé. Nous nous heurtons également à des difficultés liées aux compétences, car la santé ne relève par exemple pas des attributions de l'intercommunalité. Par ailleurs, la fusion des ARS dans ma région a encore des répercussions sur leur organisation. Il est souhaitable de les solliciter pour attirer l'attention des élus sur ces sujets. Pour renforcer le plaidoyer en direction des décideurs et élus, nos réseaux de collectivités devraient peut-être collaborer davantage avec les ARS.

Élisabeth BELIN

Bonjour à tous. Je souhaite préalablement rappeler que les priorités et les décisions des élus peuvent être très diverses en fonction de villes. Néanmoins, l'écoute des professionnels de la santé nous conduit à devoir traiter les questions de santé environnementale. Avec l'association « Élus, santé publique et territoire », nous réclamons depuis plusieurs années une compétence partagée du bilan de santé. Les ARS ont également intégré qu'il serait difficile de mettre en place des politiques de santé sans le concours des villes et des collectivités locales.

Je rappelle que la question de la santé environnementale préoccupe beaucoup les citoyens. C'est pourquoi l'échelon local peut très bien impulser des modifications qui deviendront ensuite significatives sur le plan national. Je signale que les enjeux liés au glyphosate ont par exemple été évoqués localement, avant d'être pris en considération à l'échelon national.

À mon sens, la question de la santé environnementale implique de travailler davantage sur la prévention. Elle concerne un grand nombre de sujets, qui précèdent systématiquement le soin. Malheureusement, les budgets de santé alloués à la partie prévention sont souvent très limités. Néanmoins, ces enjeux commencent à être évoqués dans les discours politiques, et nous espérons que ce début de prise de conscience sera suivi de faits concrets.

Dans la ville de Saint-Denis, nous avons inscrit un conseil local de santé environnementale dans nos contrats de santé. Ce conseil a été validé par l'ARS, qui a donc considéré qu'une ville était bien en mesure de travailler sur des questions de santé environnementale. En outre, nous lancerons un CLSE dès le début de l'année 2018. Ce projet vise à réunir autour des questions de santé environnementale des élus, des services municipaux, des habitants et des associations. Nous sommes notamment parvenus à mettre en place une véritable mobilisation citoyenne autour de la création de cet organisme.

Nouvelles perspectives pour la santé territoriale

Enfin, nous attachons de l'importance à la production de données épidémiologiques pour mieux agir sur les facteurs environnementaux. Le champ des possibilités dans ce domaine est considérable. Nous pouvons par exemple travailler sur des critères tels que l'urbanisme, l'habitat, l'alimentation, les pollutions ou les nuisances.

Joëlle CARMES

Je tiens à préciser que les Agences de santé sont désormais autonomes. Néanmoins, elles participent régulièrement à des groupes de travail nationaux. Nous organisons également des réunions pour qu'elles puissent prendre connaissance de nos travaux. Certaines ARS sont confrontées à des difficultés d'effectifs, mais beaucoup s'investissent sur un grand nombre de sujets, notamment sur les espèces nuisibles, les produits chimiques et les perturbateurs endocriniens.

Caroline PAUL

Bonjour à tous. Nos nombreuses thématiques sont réparties sur trois pôles d'activités. Le premier travaille sur l'impact des activités humaines. Il intègre les sujets de la pollution de l'air et des liens entre urbanisme et santé. Il prend également en charge les questions de déchets et de sols pollués. Le deuxième pôle concerne les risques physiques. Il inclut les thématiques d'électromagnétisme, de lasers et de nouvelles technologies. Enfin, le troisième pôle est chargé des risques chimiques.

Ces thématiques étant diverses, nous tentons de déterminer une cohérence d'ensemble et des axes de travail. La notion d'exposition est par exemple très importante dans les rapports entre environnement et santé des populations. En outre, nous développons des actions de communication auprès des publics, des élus et des ingénieurs sanitaires des ARS.

Nous avons introduit plusieurs nouveaux articles dans la loi de modernisation de juillet 2016. L'un de ces textes concerne les espèces dangereuses pour la santé, et un décret est notamment consacré à l'ambroisie. Ce décret a donné lieu à l'élaboration d'un projet d'instruction destiné aux préfets et aux ARS, qui prévoit la création d'une cartographie de l'évolution de cette plante.

Je rappelle qu'elle génère des allergies particulièrement fortes du fait de son pollen, qui peut également provoquer des crises d'asthme. Il est donc important d'organiser une lutte contre cette plante qui a déjà envahi la région Rhône-Alpes. Les autres régions doivent notamment être informées de la nécessité de l'éradiquer lorsqu'elle est repérée.

Ces actions de prévention doivent être lancées rapidement afin de limiter l'ampleur du problème. Nous avons également mis en place un référent-ambroisie dans chaque collectivité concernée. Ce rôle consiste à connaître l'ensemble des outils qui sont mobilisables, à gérer l'information du grand public et à organiser la destruction de la plante.

Dans le domaine de l'électromagnétisme, nous travaillons actuellement sur un renforcement de la réglementation. Nous nous appuyons notamment sur la loi Abeille de 2015, qui permet de réorganiser l'information au niveau local. Nous avons sollicité des évaluations des risques des antennes sur les populations. Les résultats de ces études sont rassurants. Il apparaît que le risque persistant est lié aux téléphones mobiles, mais pas aux antennes.

Nous avons également lancé un programme hospitalier de recherches cliniques sur l'hypersensibilité. L'objectif était de déterminer comment nous pourrions prendre en charge les personnes particulièrement sensibles aux champs électromagnétiques. Un rapport sera produit avant la fin de l'année prochaine. En outre, un travail est en cours avec les centres de pathologies professionnelles pour mieux encadrer le suivi de ces personnes.

Nouvelles perspectives pour la santé territoriale

Viviane BAYAD

Avant de céder la parole aux participants pour les questions, je souhaite signaler que nous avons prévu plusieurs actions pour 2018. Nous travaillerons avec la DGS sur des programmes types de formation à la lutte contre l'ambroisie. Ces programmes seront dispensés aux référents et les formations seront déclinées dans l'ensemble des délégations régionales.

DE LA SALLE

L'environnement est effectivement un sujet d'actualité particulièrement important. C'est pourquoi je rappelle que le Syndicat national des médecins de PMI organisera demain une journée intitulée « *Santé, épanouissement de l'enfant, oui, mais dans quel environnement ?* ». Dans le cadre de cette journée, l'acception du mot environnement n'inclura pas uniquement des critères physiques ou biologiques, mais également une dimension sociale.

En prolongement des interventions sur la qualité de l'air, je signale que j'anime une formation sur la mission d'inspection et de contrôle des établissements d'accueil de l'enfance. Cette formation est destinée aux professionnels qui exercent les contrôles, dans les villes et en milieu rural. J'ajoute que ces contrôles ne concernent pas uniquement les établissements publics. Certains gestionnaires privés installent parfois des structures dans des locaux qui ne sont pas adaptés pour accueillir des enfants.

De tels problèmes nous préoccupent et ils sont malheureusement de plus en plus fréquents. À mon sens, les professionnels des contrôles pourraient donc constituer de véritables relais pour le travail que nous menons sur la qualité de l'air. C'est pourquoi je souhaite demander à Guillaume FAUVEL comment il est parvenu à collaborer avec les services de PMI pour promouvoir cet enjeu. Enfin, j'aimerais également connaître le prix d'un indicateur lumineux de CO₂.

Guillaume FAUVEL

Il existe plusieurs indicateurs de CO₂. Celui que j'évoquais dans ma présentation coûte 500 euros, mais certains modèles sont moins chers.

Par ailleurs, les établissements d'accueil des enfants et les crèches de la ville de La Rochelle ont été installés dans des locaux municipaux. Nous avons donc mené un travail auprès des crèches associatives et familiales, et la PMI a été informée de notre démarche. Néanmoins, elle ne s'est pas impliquée davantage dans le projet.

Sophie AULAZ

Responsable du service de santé publique de la ville de Bourg-en-Bresse

J'aimerais partager une pratique que nous mettons en œuvre dans la ville de Bourg-en-Bresse. Les indicateurs de qualité de l'air sont systématiquement intégrés dans les bâtiments lors des opérations de rénovation. Ainsi, leur coût est inclus dans le budget global de rénovation.

En outre, vous avez indiqué que la DREAL pouvait être sollicitée pour travailler sur les questions de qualité de l'air intérieur. Néanmoins, j'observe que l'association de deux administrations ou services de l'État sur une même problématique est généralement inefficace.

Enfin, je souhaite demander à monsieur Guillaume FAUVEL si son projet bénéficie de l'accompagnement d'un conseiller médical « environnement-intérieur ». Dans le cas d'une

Nouvelles perspectives pour la santé territoriale

visite au domicile d'un enfant sujet à des problèmes allergiques, le CMEI intervient-il également dans l'école ou dans les équipements de petite enfance ?

Ghislaine PALIX-CANTONE

Ce n'est pas le cas pour le moment. L'intervention du CMEI est effectuée uniquement sur prescription médicale. Les collectivités et les classes scolaires ne relèvent donc pas de son champ d'action. Par ailleurs, la collaboration entre différents services est effectivement une question complexe. C'est pourquoi nous animons plusieurs réunions destinées à promouvoir et à faciliter les opérations communes.

Guillaume FAUVEL

J'ajoute que nous disposons d'une CMEI dans la région Poitou-Charentes, qui peut effectuer des interventions sur demande. De plus, nous avons développé une compétence CMEI en interne. Au sein de notre équipe, certains techniciens disposent des compétences nécessaires pour assumer ce rôle et intervenir en cas de besoin.

Joëlle CARMES

Le renforcement du rôle de « Conseiller Environnement Intérieur » (CEI) est également inclus dans la stratégie nationale de santé. Nous allons travailler maintenant afin de consolider le statut de cette profession.

Carole LEVY

Chirurgien-dentiste, service de promotion de la santé du plan dentaire des PMI, conseil du Val-de-Marne

J'ai noté pendant l'intervention de monsieur Guillaume FAUVEL que la qualité de l'air intérieur était moins bonne dans les écoles situées en REP. Quels sont les facteurs qui expliquent cette observation ?

Guillaume FAUVEL

Pour le moment, nous ne parvenons pas à expliquer ce phénomène. Cependant, nous savons qu'il ne dépend pas du bâti ou du mobilier. Nous supposons que ces bâtiments ont peut-être été moins bien entretenus que d'autres, mais nous émettons cette hypothèse avec beaucoup de réserves. Dans tous les cas, il s'agit d'une situation manifeste de cumul des inégalités.

Laurent EL GHOZI

Élu de la ville de Nanterre, membre de l'association « Élus, santé publique et territoire »

La question de l'environnement est bien entendu déterminée par des choix politiques. Des normes sont établies au niveau national et elles doivent ensuite être appliquées par des élus. Néanmoins, ceux-ci ne disposent pas toujours des moyens ou des attributions nécessaires. Dans le même temps, ils sont soumis à la pression des habitants, qui sont souvent très mobilisés et très pertinents dès qu'il s'agit de questions environnementales.

Il est donc indispensable de travailler sur les articulations entre les différents niveaux d'intervention et les diverses administrations. Nous devons notamment parvenir à identifier nos intérêts communs. Ces questions devraient normalement être traitées au sein des commissions de coordination des politiques publiques des ARS. Malheureusement, celles-ci ne fonctionnent pas. Nous devons donc proposer nos solutions en fondant nos réflexions sur ce qui nous paraît relever de l'intérêt commun.

Joëlle CARMES

Nouvelles perspectives pour la santé territoriale

Nous sommes très attentifs aux Plans Régionaux Santé Environnement (PRSE), pour lesquels nous réunissons régulièrement et conjointement avec le ministère chargé de l'écologie, les ARS et les DREAL. Aujourd'hui, près de 80 % des PRSE III sont élaborés et diffusés.

Roselyne MASSON

Cheffe de service de protection maternelle et infantile de Seine-Saint-Denis

Je souhaite savoir comment vous parvenez à concilier des enjeux qui paraissent parfois contradictoires. La destruction de l'ambrosie peut par exemple nécessiter l'utilisation de produits chimiques polluants.

Caroline PAUL

Travailler sur des méthodes de lutte non chimique est un de nos objectifs. Ces méthodes existent, elles sont nombreuses et nous les recommandons en priorité. De plus, nous encourageons le plus souvent l'arrachage manuel de cette plante lors des campagnes d'information. Dans tous les cas, nous sommes attentifs à l'utilisation de produits de substitution qui nous paraissent acceptables.

Joëlle CARMES

Pour compléter ce que vient de dire Caroline Paul, l'INRA travaille actuellement à des méthodes alternatives à l'utilisation des pesticides. L'Institut recommande également de recourir à des traitements mécaniques. Plus généralement, nous sommes vigilants quant à l'articulation des diverses problématiques, qui effectivement paraissent parfois contradictoires.

Caroline PAUL

Lorsque plusieurs sujets qui relèvent de l'environnement-santé entrent en contradiction, ils font l'objet de réunions interministérielles. Il revient alors aux services du Premier ministre de déterminer quelle sera la meilleure solution.

Viviane BAYAD

Je remercie tous les intervenants pour cette table ronde. J'invite madame Catherine BERNARD à prendre la parole pour présenter la synthèse de nos travaux.

SYNTHÈSE DES TRAVAUX

Catherine BERNARD

Administrateur de la Société française de santé publique

Bonjour à tous. Je vous remercie d'avoir invité la Société française de Santé publique, qui a apporté une contribution écrite à la stratégie nationale de santé. Elle y demande d'une part que la loi de financement de la Sécurité sociale souligne le caractère prioritaire de la prévention. D'autre part, elle réaffirme que *« sans le soutien à l'échelon territorial et aux collectivités territoriales, aucune action sur les déterminants sociaux de la santé et sur la réduction des inégalités sociales et territoriales ne pourra se faire »*.

En outre, elle a émis un certain nombre de propositions, telles que :

- la prise en compte de la santé dans toutes les politiques ;
- le soutien à la promotion de la santé dans les milieux de vie ;
- l'adoption d'une stratégie explicite de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, dans une démarche d'universalisme proportionné, et en étant attentif au développement de la capacité d'agir des personnes.

La Société Française de Santé a également rédigé plusieurs préconisations sur la formation des professionnels ou des futurs professionnels au service de la qualité des soins ou de la promotion de la santé.

Concernant la capitalisation et le partage des pratiques exemplaires, elle a travaillé sur les inégalités de santé et organisera prochainement un séminaire sur les questions de parentalité. Elle a également développé des mesures d'impact budgétaire des politiques intersectorielles.

Les échanges au cours de cette journée ont été riches et instructifs. À titre personnel, j'ai retenu que les questions de santé ne dépendaient pas uniquement des attributions de la DGS. Il a également été rappelé que les collectivités locales disposaient de véritables compétences dans le domaine sanitaire. Nos intervenants ont notamment souligné l'importance des politiques publiques menées par les collectivités territoriales sur les déterminants de santé.

Ces présentations m'ont rappelé un exposé très important de Jonathan MANN, qui date de 1998. Ce texte nous invitait alors à réfléchir sur les liens qui existent entre les droits des êtres humains, le respect de la dignité des personnes et la santé. Il insistait également sur l'importance des déterminants collectifs de santé. Je vous encourage vivement à relire cet exposé qui, aujourd'hui, demeure toujours aussi pertinent.

Par ailleurs, il est apparu au cours de ce séminaire que les collectivités territoriales disposaient d'une grande capacité de mise en œuvre des politiques de santé. Elles sont également en mesure d'adapter ces politiques aux réalités locales. En outre, les élus détiennent les compétences nécessaires pour mettre à l'ordre du jour un certain nombre de sujets de travail. Ils ont le pouvoir de réunir des acteurs autour d'une problématique, ce qui me paraît être un facteur déterminant de l'action locale.

Plusieurs personnes ont également soulevé la question de l'unité des actions de santé sur l'ensemble des territoires. Or certains éléments permettent de réduire en partie les disparités. La présentation de données objectives peut par exemple encourager la prise de

Nouvelles perspectives pour la santé territoriale

conscience collective d'un problème et inciter les élus à agir. De plus, la mobilisation de certaines collectivités génère des effets d'exemplarité et de contagion sur les autres territoires. Il est donc essentiel de valoriser les démarches de capitalisation.

Nous devons nous interroger sur la manière dont chacun peut contribuer à ces actions de promotion de la santé. Nous pouvons également nous demander comment faciliter l'appréhension d'une réalité qui peut paraître complexe ou comment relier des éléments qui semblent a priori disparates.

Ces questions soulèvent un enjeu plus général, celui de l'articulation entre population, domaines de la connaissance et de la recherche et sphère des décideurs. À mon sens, il sera indispensable de réfléchir à la manière dont ces trois pôles peuvent collaborer davantage.

L'avenir de nos services de prévention est également un enjeu essentiel. En période de grandes difficultés économiques, nous sommes parvenus à instituer des services performants. Aujourd'hui, nous perdons un grand nombre d'acquis pourtant indispensables dans notre société.

En outre, il est probable que nous devons mener un travail sur les mécanismes administratifs. Les logiques d'intégration et les logiques transversales sont encore trop peu développées. Les professionnels devront notamment être capables d'établir des liens entre les approches intégrées et les approches thématiques.

Par ailleurs, je souhaite insister sur la formation des professionnels, qui représente un enjeu fondamental. Nous devons d'une part travailler sur le contenu des formations, afin qu'elles soient encore plus précises et plus pertinentes. D'autre part, nous devons mettre en place des formations plus transversales, pour apprendre à mieux collaborer sans disqualifier les publics avec lesquels nous travaillons. Nous devons notamment réfléchir à la manière dont nous pourrions renforcer la capacité d'action des publics. Or il me semble que nous ne sommes peut-être pas suffisamment attentifs à cette question.

Aujourd'hui, plusieurs intervenants ont évoqué la nécessité de s'appuyer davantage sur des données probantes et sur des expérimentations. Bien entendu, de tels éléments sont essentiels dans le travail que nous devons mener. Cependant, il me paraît très important que nous soyons également attentifs aux notions de couverture territoriale et de couverture populationnelle. Pour que les approches que nous jugeons efficaces produisent les effets attendus, elles doivent être appliquées dans de bonnes conditions.

Par ailleurs, les compétences psychosociales ne sont pas suffisamment mises en œuvre aujourd'hui. À mon sens, elles n'ont pas été assez intériorisées par les professionnels d'accueil de la jeune enfance et par l'Éducation nationale. Il est donc indispensable que nous parvenions à dépasser les logiques institutionnelles et à modifier les postures professionnelles. Les compétences psychosociales des enfants et notamment leur capacité à travailler en groupe doivent faire l'objet d'une préoccupation quotidienne.

L'accompagnement à la parentalité est également confrontée à des difficultés similaires. Le travail mené pour ce faire dans les lieux d'accueil de la petite enfance et en milieu scolaire doit donc être développé. De plus, ces enjeux interrogent notre capacité à développer du lien, de l'inclusion et de l'intégration sociale. Je rappelle que le temps long est un facteur déterminant. Nous devons néanmoins être capables d'analyser nos résultats sur des temps courts et plus proches des temporalités politiques.

Nouvelles perspectives pour la santé territoriale

Pendant cette journée, les notions de co-construction et d'approche participative ont été évoquées à plusieurs reprises. Or elles me semblent essentielles. Cependant, elles ne doivent pas être considérées uniquement du point de vue institutionnel. Pour être efficaces, ces démarches doivent faire l'objet d'un accompagnement particulier auprès des publics. Il est très important d'aider les personnes à développer leurs capacités à agir individuellement ou collectivement.

Plus généralement, ces enjeux soulèvent la question du sens de l'action publique. Nous devons réfléchir davantage à ce qui peut fédérer notre action. Je considère qu'en adoptant une telle position, nous développerons notre capacité à agir ensemble. La mise en place d'objectifs partagés nous empêchera par exemple de nous retrancher derrière des postures professionnelles inadaptées. Dès lors, il deviendra possible de proposer des solutions concrètes, pour répondre à des problèmes qui sont également très concrets.

En ce sens, la grille de lecture au travers des droits des êtres humains me paraît toujours aussi pertinente. Elle nous invite à demeurer vigilants quant aux risques de stigmatisation, de non-recours aux compétences des personnes, de perte de sens ou de capacité d'agir. Nous intervenons au service de l'intérêt commun, ce qui implique que nous continuions à interpeller les élus, les professionnels, les administrations et les populations.