



« Santé orale territoriale : où en sommes-nous ? »

Dr Didier FEBVREL

**Co-président scientifique de la 22^{ème} Journée de Santé Publique Dentaire
Président de l'association Fabrique territoires santé**

En dehors du fait que je me rends assez régulièrement dans un cabinet dentaire, je n'ai pas de lien ni d'intérêt particulier concernant la santé bucco-dentaire.

Je souhaite vous parler des territoires et de la territorialisation des politiques publiques de santé.

Depuis les années 1970-1990, la territorialisation des politiques publiques de santé s'impose. Ce sujet complexe peut être appréhendé sous plusieurs angles.

Pour quelles raisons cette territorialisation est-elle importante ?

Parce qu'il faut que l'offre de santé et de soins soit adaptée aux besoins des personnes et des populations. Cela paraît évident, mais cette évidence n'est pas si vieille que cela ; c'est à partir des années 1970 que l'on a commencé à en parler et à adapter l'offre aux besoins. Il convient de toujours rappeler ce point crucial qu'est la prise en compte des besoins.

Parce que l'état de santé de la population française est marqué par des disparités et des inégalités, sociales, avant tout, mais aussi territoriales. Ces dernières relevant du vécu, de l'expérience immédiate : l'offre de santé diffère, que l'on soit à Nancy, dans le Grand Est, ou à Marseille. A l'intérieur même des villes, les disparités sont importantes, qu'il s'agisse de disparités dans l'accès à la prévention, aux soins et à la santé. La santé s'est améliorée pour tous et toutes, mais nous savons que ces inégalités concernent l'ensemble de la population selon un gradient continu et n'ont pas la même ampleur géographique, avec son caractère injuste et son poids économique. En comparaison avec d'autres pays européens, l'état de santé des Français-es est marqué très fortement par des inégalités. De nombreuses recherches se sont attachées à identifier les facteurs de ces inégalités. Parmi ceux qui ont été avancés, on trouve : les conditions de travail, les modes et les conditions de vie et les comportements à risques, les différences de revenus, la position dans la structure sociale, le rôle du système de santé et de soins, certains facteurs dépendent d'autres politiques publiques influençant les politiques sanitaires et sociales, etc. Sachant que le phénomène des inégalités résulte de causalités combinées. D'où la nécessité de pouvoir mesurer les problèmes et d'identifier les besoins sur la base de données locales, de diagnostics territoriaux, de recherches et de données probantes à l'échelle des territoires.

Parce que le secteur sanitaire seul ne suffit pas à répondre aux besoins et aux problèmes de santé collectifs. La santé, avec des éléments de preuve solides, depuis maintenant des années, est influencée par bien des déterminants environnementaux, sociaux, économiques, culturels... et j'en passe. Des déterminants qui dépendent d'autres secteurs des politiques publiques, dont l'action et l'impact devraient être favorables à la santé. Dans un avis de 2017 sur la « stratégie nationale de santé », le Haut conseil de la santé publique (HCSP) indique que 40 % des gains d'espérance de vie observés dans les pays riches sont expliqués par l'accroissement des dépenses de santé, le reste (60 %) résultant de l'évolution des modes de vie (éducation, revenus, tabagisme, alcool, alimentation, etc.). Or c'est aussi à partir des territoires que l'on peut agir efficacement sur ces facteurs.

Parce que l'offre de santé sur un territoire est aussi une question d'aménagement et de développement du territoire. On voit bien que l'installation d'une offre de soins sur un territoire



déficitaire ne dépend pas seulement de la volonté des professionnel·les de santé, mais aussi de son attractivité dans plusieurs domaines (culture, cadre de vie, etc.) et d'organisation du territoire. En témoignent, par exemple, la création, dans les années 1970, des secteurs sanitaires et les projets régionaux de santé élaborés et conduits aujourd'hui par les Agences régionales de santé (ARS), déclinés sur des territoires de santé définis selon les lieux de vie, les états de santé mesurés et les lieux de soins, en tenant compte si possible des disparités et des inégalités.

Parce que les enseignements de la crise sanitaire de la Covid 19 que nous venons de vivre – qui n'est pas encore terminée... – ont montré la faiblesse de la santé publique en France dans ses différents aspects d'organisation territoriale, d'expertise et de système d'information, et, nous l'avons constaté, la fragilité du système de soins. Ces enseignements ont montré les limites de la centralisation des décisions et l'importance du local, eu égard à la mobilisation des collectivités territoriales, du milieu associatif et des citoyens et citoyennes, de manière informelle. (Cf. le rapport de Franck Chauvin, Dessiner la santé publique de demain, en novembre 2021.) Le constat est partagé de la nécessité et de l'importance d'agir en proximité, notamment pour faire passer les messages de prévention, de soutien et de solidarité.

Parce que, nous le savions déjà, la crise a révélé la faiblesse des politiques de prévention, qui pourtant constituent l'un des moyens d'éviter la survenue trop fréquente de maladies justement réputées évitables. Il va falloir accepter la nécessité pour la santé de la population française de réduire « le flux de maladies et de malades » dans un système qui, paradoxalement, ne peut pas se passer de malades pour des raisons économiques, qui plus est quand il est mis en tension sous l'effet de la concurrence.

Parce que le rôle des collectivités territoriales est de plus en plus évident avec des élus et élues engagées pour la promotion de la santé, même si tous et toutes ne sont pas au même niveau d'acculturation en matière de santé. Il convient donc de continuer à les former. La réussite des actions de santé nécessite de bien connaître son territoire, de pouvoir mobiliser les acteurs et actrices, d'animer la cohérence et la coordination, c'est le rôle des élus·es locaux.

Parce que le système de santé, à quelque échelle que ce soit, doit prendre en compte les défis relevés par le HCSP : la santé environnementale, les risques d'exposition aux risques infectieux, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques dans un système de santé adapté incorrectement à ces enjeux. Défis qui se déclinent sur tous les territoires.

Parce que la démocratie sanitaire est devenue un élément constitutif des politiques publiques de santé, dont il convient de souligner l'interaction nécessaire avec les questions de démocratie dans tous les secteurs de la vie publique. De fait, la réflexion sur la démocratie sanitaire ou en santé n'échappe pas à celle sur la démocratie en général dans sa conception et son opérationnalité. Comme l'écrit la sociologue Lise DEMAILLY, « la démocratie sanitaire ne saurait exister comme démocratie séparée dans un champ bien délimité d'actions sans mettre en cause l'ensemble des relations de pouvoir dans la société. » La démocratie sanitaire concerne tout le monde et concerne la santé de tout le monde, à partir du moment où l'on sait que le cadre de vie, les conditions de vie, quelles qu'elles soient, ou les comportements individuels et collectifs exercent une influence déterminante sur la santé.

D'autres principes sont devenus avec le temps, les rapports et les lois, constitutifs des politiques de santé et confortent une logique de territorialisation.

- La logique de parcours de soins coordonnés instituée depuis 2004 : parcours de santé, de soins et de vie, dans une approche globale des patient·es, avec la prise en compte de facteurs déterminants, pour chacun et chacune, comme l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement, avec la mise en œuvre, depuis



2016, des plates-formes territoriales d'appui (PTA) pour aider les professionnel·les de santé à trouver des solutions pour des situations de parcours complexe.

- Il faut également avoir en tête l'avènement de la médiation en santé, qui est un métier en devenir : la Haute autorité de santé (HAS) en a produit un référentiel en 2017. La médiation en santé permet d'améliorer l'accès aux soins et à la santé des personnes les plus éloignées de ces parcours, et de sensibiliser les professionnel·les de santé aux inégalités qui les impactent.
- La santé qui doit figurer dans toutes les politiques. Ceci conforte l'approche par les déterminants, avec la promotion et l'élaboration de politiques favorables à la santé dans d'autres secteurs que celui de la santé : l'alimentation, l'agriculture, l'environnement, le commerce, l'éducation, l'industrie, le travail, l'urbanisme, le transport, etc. Cela pousse à une politique intersectorielle, et interministérielle au niveau gouvernemental, implique et mobilise les collectivités territoriales, les institutions sanitaires régionales et locales, le tissu associatif. Cela oblige aussi à penser à long terme, comme pour la prévention, et à développer, par exemple, des évaluations d'impact en santé (EIS) – afin de concrétiser les questions de santé dans les politiques publiques.
- La permanence d'inégalités et de disparités oblige à calibrer les réponses selon le principe de l'universalisme proportionné : c'est-à-dire combiner des approches universelles - pour tout le monde - et des approches ciblées, pour réduire l'influence du gradient social et des caractéristiques territoriales.
- Le renforcement de l'exercice coordonné, sous différentes formes et modalités (maisons de santé pluridisciplinaires, pôles de santé, centres de santé polyvalents, etc.), est au cœur des évolutions de la structuration des soins primaires. Le rapport de l'Assurance maladie sur l'organisation territoriale, en 2022, demande un renforcement cohérent avec l'accent mis sur une approche populationnelle : à partir d'une population d'un territoire donné, les acteur·rices de la santé s'engagent et coopèrent pour améliorer son état de santé – nous sommes bien dans une approche à l'échelle d'un territoire qui se démarque d'une approche par problème. Concrètement, cela se traduit, depuis 2016, par le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), un mode d'organisation et de coordination de tou·tes les professionnel·les de santé, quel·les qu'ils·elle soient, avec des financements pérennes de l'Assurance maladie ou de l'ARS.
- La crise Covid-19, comme d'autres crises auparavant (le virus West Nile, en 2009), l'impact de notre environnement sur notre santé (pollution, par exemple), la dégradation de la biodiversité et le dérèglement climatique ont montré que la santé humaine est en interdépendance étroite avec la santé animale et la santé environnementale. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a développé le concept « one health » (« une seule santé », en français), qui prend en compte ce constat et promeut des approches intégrées de la santé humaine, animale et environnementale sur les territoires. Un certain nombre d'exemples existent, soit dans des pays du Sud, soit chez nous. Ce concept doit faire référence pour nos stratégies politiques. D'une certaine façon, c'est une attention portée à l'impact des humains sur le vivant en général.

Aujourd'hui, toute politique de santé se doit d'intégrer ces enjeux et ces principes. On peut dire, par exemple, que toute action, toute mesure publique devrait être jugée à l'aune de son impact sur la santé et, parallèlement – toute politique de santé ou toute action de santé devrait être jugée selon son impact positif ou négatif sur les inégalités de santé – à titre personnel, j'ajouterais selon son impact sur tout le vivant, voire sur sa capacité à stimuler la mise en œuvre de mesures dans



les autres secteurs (par exemple, le logement, la lutte contre la pauvreté, etc.). Un exemple, lors des consultations, au sein de leur lieu d'exercice, les professionnel·les de santé qui constatent les conséquences d'un habitat insalubre sur la santé de leurs patient·es devraient le signaler aux autorités, démarche logique.

Pour en revenir aux dispositifs de proximité en santé – j'en ai cité un, la CPTS –, ce que nous avons constaté avec nos associations partenaires, comme la Société française de santé publique (SFSP), la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (FNES), les élus « santé publique et territoire », nos alliés, en quelque sorte, c'est que la loi de Modernisation de notre système de santé, en 2016, avait l'ambition de renforcer l'implication des collectivités territoriales en multipliant les dispositifs de proximité en santé – on en compte une dizaine, en plus des contrats locaux de santé (CLS). Mais la fragilité des moyens humains et financiers accordés à leur déploiement et à leur animation, ainsi que leur variété et leur superposition, les ont parfois rendus illisibles et souvent peu opérationnels, tant pour les professionnel·les que pour les élu·es ou la population, surtout dans une approche intersectorielle. Il faut alors maîtriser un nombre important de dispositifs, rechercher des articulations et des complémentarités dans un contexte d'insuffisance ou d'inégalité des moyens accordés à l'un ou à l'autre de ces dispositifs. C'est la recherche de la bonne dynamique, du bon dispositif, avec une tendance à « l'empilement » : il en résulte parfois un jeu localement un peu instable. Cela pose l'enjeu de la coordination, de la coopération et de l'animation territoriale, de la gouvernance et du niveau de gouvernance.

Au sein de Fabrique territoires santé, nous pointons des dynamiques territoriales de santé, des démarches et des dispositifs, que sont les ateliers santé ville (ASV), les contrats locaux de santé (CLS), les conseils locaux de santé mentale (CLSM) et maintenant les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), ces dernières n'agissant pas au même niveau que les autres.

Il convient aussi de nous interroger sur l'évolution de la notion de territoire, qu'il convient d'appréhender dans sa complexité. Ainsi, en 2021, Hervé BREDIF, dans son ouvrage *Réaliser la Terre. Prise en charge du vivant et contrat territorial* (2021), définit quatre dimensions de territoire.

Le premier, c'est celui des phénomènes physiques ou biologiques : le territoire animal ou végétal. C'est le plus petit échelon écologique dont l'assemblage partage un climat, une faune et une flore.

Le deuxième renvoie au territoire comme aire de souveraineté et d'exercice d'une autorité politique. Or, la France est championne du monde de la subdivision de son territoire national en régions, départements, arrondissements, cantons, communes, communautés de communes, intercommunalités, métropoles, pays. Comme l'écrit Hervé BREDIF, le cloisonnement du monde demeure une donnée politique et stratégique de premier ordre, et l'espace politique est un emboîtement d'échelles et de pouvoirs. Il me semble important de garder en tête cette vision au moment de mettre en place des actions de santé.

Le troisième correspond au territoire comme une matrice culturelle ou un lieu de fabrique identitaire. C'est celui qui est fait de mémoire collective, d'attachement et de sentiment d'appartenance, représenté par des symboles et des hauts lieux, etc.

Enfin, le quatrième est un territoire particulier, en réseau, sur plusieurs lieux en même temps, né de la connexion des lieux entre eux, des territoires de la mondialisation et de la mobilité, des territoires réels et des territoires virtuels – je suppose que vous avez entendu parler du métavers.

Hervé BREDIF ajoute que les géographes sont critiques sur cette notion en raison de la difficulté à relier ces différentes approches entre elles et parce qu'elle donne peu de place aux préoccupations actuelles de rapport des sociétés humaines avec le vivant, ce, même si, en matière de santé, nous sommes un petit peu en cohérence avec l'approche « one health ». Il choisit une



alternative pour redonner une consistance au territoire comme un échelon intermédiaire entre le local et le global : « *A condition d'abandonner une lecture archaïque du territoire, dans laquelle ce dernier s'apparente à une entité relativement autonome et autarcique [...], à condition aussi de fuir toute fétichisation du territoire qui pourrait laisser entendre que tout se joue par lui, avec lui et en lui, comme si flux, mobilités, réseaux et autres effets systémiques et d'échelles ne façonnaient pas fortement la réalité de notre monde, il est possible de reconnaître que le territoire, entendu comme un espace ou un niveau méso [intermédiaire] de la coordination des acteurs en vue d'objectifs partagés ou d'un projet commun, forme un levier stratégique essentiel pour une prise en charge de la qualité de la nature et du vivant planétaire.* » A ce titre, nous pourrions parler de la prise en charge et de la qualité des actions de santé.

En ce qui nous concerne, à Fabrique territoires santé, nous nous reconnaissons bien dans cette notion de « *territoire de projet, de coordination des acteurs en vue d'un projet commun* ».

C'est pour cela que nous recommandons aux acteurs territoriaux de la santé de se saisir des dispositifs, de se saisir des ateliers santé ville dans les quartiers politique de la ville, des contrats locaux de santé, passés entre les ARS et les collectivités territoriales, des conseils locaux de santé mentale, pour une approche globale de la santé mentale – qui est un véritable problème de santé publique, révélé d'autant plus avec la crise du Covid-19 – et, pour les soignant·es libéraux·ales, de se saisir des communautés professionnelles territoriales de santé.

Nous vous demandons de vous investir dans ces démarches et d'être des fabricant·es de dynamiques territoriales de santé, pour monter des projets partagés en vous appuyant sur des méthodologies de projet éprouvées ; avec une approche politique dans l'optique d'une alliance avec des élu·es locaux·ales, notamment pour réduire les inégalités territoriales en matière de santé ; selon une approche transversale par l'action concomitante sur plusieurs déterminants ; de manière ascendante, en partant des besoins des habitant·es de votre territoire de projet ; de manière partenariale, en créant des synergies entre les acteurs et actrices et en vous appuyant sur une coordination effective, soit par un poste d'animation, soit par une équipe de coordination.

J'espère que mon intervention vous sera utile.

Merci pour votre attention.