



Journée d'étude

Ateliers d'échange de la Rencontre nationale

**WORK IN PROGRESS !**  
**L'URGENCE D'UNE REFONTE**  
**TERRITORIALISEE DE LA SANTE**  
**PUBLIQUE**

**Aubervilliers - 9 mai 2022**



## RETOUR SUR...

JOURNÉE D'ÉTUDE

WORK IN PROGRESS !  
L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

## Sommaire

PROGRAMME.....	2
ATELIERS THÉMATIQUES - RESTITUTION ET ÉCHANGES.....	4
TABLE-RONDE.....	19



# RETOUR SUR...

—

JOURNÉE D'ÉTUDE

—

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

## PROGRAMME

9h00 - 9h30 ACCUEIL CAFÉ

9h30 -11h00 ATELIERS THÉMATIQUES

**Atelier 1 : Les défis des coordinations des démarches territoriales de santé**  
En quoi les démarches territoriales de santé font-elles évoluer les pratiques localement ? Qu'en est-il des coordinations territoriales ?

**Atelier 2 : Où sont les profanes ?**

Hors des professionnel·les et élue·es, comment et en quoi les personnes qui font et vivent le territoire prennent-elles part aux approches territoriales de santé ? Sont-elles au contraire oubliées voire exclues ?

**Atelier 3 : Gouvernance locale et territoriale**

Que permettent les différentes démarches territoriales en termes de gouvernance partagée ? Comment faire converger les politiques au service des habitant·es ?

11h – 11h30 MUR DES EXPRESSIONS : présentation des travaux des 3 ateliers d'échanges

11h30 – 12h30 RESTITUTION et ÉCHANGES

12h30 - 14h30 DÉJEUNER SUR PLACE

14h00 – 15h30 TABLE-RONDE

**WORK IN PROGRESS ! L'URGENCE D'UNE REFONTE TERRITORIALISÉE DE LA SANTÉ PUBLIQUE**  
avec :

- **François Alla**, professeur de santé publique et co-auteur de « Santé publique année zéro » publié en mars

2022.

- **Bénédicte Madelin**, administratrice de la Fabrique Territoires Santé et représentante du collectif « Pas sans

nous ».



- **Laurent El Ghozi**, président d'honneur d'« Élus, Santé Publique & Territoires » et membre du groupe miroir  
d'expert·es mobilisé·es dans le cadre du rapport confié au Pr Chauvin.

## RETOUR SUR...

---

JOURNÉE D'ÉTUDE

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE



## **RETOUR SUR...**

JOURNÉE D'ÉTUDE

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

**ATELIERS THÉMATIQUES -  
RESTITUTION et ÉCHANGES**



## RETOUR SUR... —

JOURNÉE D'ÉTUDE

-

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

**Didier Febvre** : Bonjour, nous avons demandé à Christine Ferron, déléguée générale de la Fédération Nationale d'Éducation pour la Santé et la promotion de la santé (la FNES), de participer à la restitution. Nous aurons ensuite un échange et des débats, assez courts, jusqu'à 12 h 45.

**Christine Ferron** : Merci beaucoup Didier et bonjour à toutes et tous. Je suis vraiment ravie d'être avec vous pour cette clôture de la matinée. Ce que je vais vous dire va relever de la restitution, mais en même temps du prolongement de la réflexion que je vais vous proposer, en termes de perspectives.

En déambulant dans les ateliers, en échangeant avec vous, en vous lisant et en vous écoutant, je crois avoir entendu à peu près tous les mots qui émaillent notre quotidien et notre engagement professionnel depuis une vingtaine d'années : « décloisonnement », « complémentarité », « partenariat », « articulation », « réseaux », « transversalité », « coordination », etc., sans oublier « inégalités sociales », « participation », « déterminants », « pouvoir », « gouvernance », etc., et bien sûr « territoire ».

Si j'avais le moindre talent pour cela, je vous en aurais bien fait une conférence gesticulée mais cela ne va pas être possible. Je vais donc essayer, beaucoup plus modestement, de vous faire part de quelques réflexions à partir de ce que j'ai entendu ce matin.

Tous les mots cités sont polysémiques et reflètent la complexité et le cloisonnement des dispositifs qui les rendent illisibles pour une grande part, pour les acteur·rices comme pour les publics – une complexité qui a été plusieurs fois dénoncée dans les ateliers. Heureusement, comme l'a montré la richesse des productions de ces ateliers, les savoir-faire, les ressources, les volontés, les énergies pour gérer cette complexité, notamment en renforçant la capacité des territoires à adopter des approches populationnelles, existent bien.

Je ne sais pas si vous vous en souvenez, mais il y a environ deux ans, nous commençons à parler du « monde d'après », et à nous dire que, décidément, une fois que cette fichue épidémie serait derrière nous, plus rien (ou presque) ne pourrait être comme avant, et surtout pas le monde de la santé publique, mis au cœur de l'actualité de manière spectaculaire. Comme vous l'avez très bien dit dans votre introduction à cette journée : « *La pandémie a mis en lumière l'importance de l'action citoyenne, associative et des collectivités territoriales dans la gestion concrète de la crise sanitaire, pour mettre autour de la table des acteur·rices peu habitué·es à travailler ensemble,*



# RETOUR SUR...

JOURNÉE D'ÉTUDE

-  
WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

*pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, pour agir au plus près des populations et en articulation avec les services de l'État ».*

Avec le petit recul que nous avons aujourd’hui, une épidémie qui traîne en longueur et une période électorale consternante à plus d’un titre, nous pouvons légitimement nous demander si cette « mise en lumière » a été suffisamment éblouissante. Y a-t-il eu suffisamment de retours d’expériences, de valorisations de ces nouvelles dynamiques ? A-t-on suffisamment tiré les enseignements de ces nouvelles pratiques ? Les a-t-on suffisamment diffusés ? Pourquoi avons-nous collectivement si peu capitalisé sur ces innovations, ou, en tout cas, pourquoi les transformations constatées, les pistes de changement, les évolutions à poursuivre, peinent-elles autant à s’inscrire durablement dans les pratiques des acteur·rices ?

Le retour progressif « à la normale » se traduit par un retour à une conception principalement biomédicale de la santé et à la responsabilisation des individus, par un usage courant, mais aussi dévoyé, de la notion de résilience. On note aussi la difficulté de tous·tes à se projeter dans des organisations et des fonctionnements différents, à faire bouger les lignes et à ouvrir les cadres.

Au cours des deux dernières années, nous avons pourtant été nombreux·ses, acteur·rices, chercheur·es, décideur·euses, à nous exprimer de manière – je crois – constructive, en formulant des propositions concrètes, en rappelant les instances et les cadres existants pour l’expression et la mobilisation de la population et des acteur·rices de terrain, et même, en étayant ces propositions sur des données probantes. Cela, à l’instar d’une tribune récemment publiée dans *Le Monde* qui rappelait, en appui sur des faits scientifiques : « *Les plans de santé publique par pathologie, les stratégies de prévention principalement informatives, ou encore la centralisation des compétences en santé génèrent une orientation comportementaliste des politiques de santé publique, sans modifier celles qui impactent la santé dès l’enfance : éducation, logement, transports, emploi, ressources, etc.<sup>1</sup>.* »

C'est évidemment la notion de déterminants de la santé qui est rappelée ici, comme elle a été présente très fortement dans les ateliers de ce matin, avec un accent particulier sur les notions de « cadre de vie » et « d’urbanisme favorable à la santé ». Cette notion de déterminants de la

---

<sup>1</sup> [https://www.lemonde.fr/idees/article/2022/03/16/nous-appelons-a-revolutionner-la-sante-publique-en-placant-la-sante-au-centre-de-toute-decision-politique\\_6117746\\_3232.html](https://www.lemonde.fr/idees/article/2022/03/16/nous-appelons-a-revolutionner-la-sante-publique-en-placant-la-sante-au-centre-de-toute-decision-politique_6117746_3232.html)



## RETOUR SUR...

---

JOURNÉE D'ÉTUDE

-

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

santé vient croiser ici celle d'intersectorialité. La conduite d'une action intersectorielle favorable à la santé se réalise en effet de manière « transverse » aux différentes catégories de déterminants de la santé. Ainsi, si vous avez en tête le schéma de Dahlgren et Whitehead sur les 4 niveaux de déterminant, les responsables des conditions socio-économiques, culturelles et environnementales générales (c'est-à-dire les politiques, les décideur·euses, les élu·es, etc.) doivent travailler avec les acteur·rices en charge des facteurs plus proximaux liés au mode de vie de la population, avec les réseaux sociaux et communautaires, et avec les structures en charge des conditions de vie et de travail de la population.

Cependant, outre la notion de centralisation des compétences en santé rappelée dans la tribune parue dans Le Monde, il faut aussi compter avec l'hyperspecialisation des connaissances, des disciplines, des professions et des politiques sectorielles, avec la mise en avant de l'expertise. Comment les différent·es acteur·rices, de plus en plus divers, de plus en plus nombreux·ses (et de plus en plus expert·es) susceptibles d'agir sur les déterminants de la santé, revendiquant leur singularité, leur identité et leur spécialisation, guidé·es par des intérêts et des logiques propres, peuvent-ils mettre leurs compétences au service d'un projet collectif de santé de territoire nécessitant une action intersectorielle ? Il y a d'abord la nécessité de comprendre la rationalité de ces différent·es acteur·rices en fonction de leur groupe d'appartenance, de leur temporalité, de leurs compétences, etc., mais aussi celle de développer chez ces acteur·rices, plus qu'une culture commune de promotion de la santé (terme un peu usé aujourd'hui), une culture de l'interculturalité professionnelle, de la pluriprofessionnalité, du travail ensemble et ce, dès les formations initiales – mais les formations continues peuvent aussi jouer un rôle extrêmement important en cette matière, et peut-être tout simplement une meilleure communication...

Il y a quelques années, à la FNES, nous avions consacré nos assises à cette question de l'intersectorialité, et l'une de nos conclusions était la nécessité de nous éloigner de l'hyperspecialisation éducative, disciplinaire, thématique, académique, professionnelle, politique, dans laquelle nous avons l'habitude de fonctionner, et qui est particulièrement valorisée dans notre pays, avec une vision élitiste peu favorable au fonctionnement « horizontal » nécessaire aux approches efficaces en termes d'équité en santé.

Cette hiérarchisation sociale et professionnelle, en vigueur dès l'enfance et au fondement de notre système éducatif, porte en germe les inégalités de pouvoir qui ont également été au cœur des discussions ce matin.



## RETOUR SUR...

—

JOURNÉE D'ÉTUDE

—

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

L'intersectorialité nous commande d'admettre que malgré notre spécialisation, nous ne savons pas tout de notre secteur et nous n'y pouvons pas tout. Cela nous oblige à nous ouvrir aux compétences des autres acteur·rices des autres secteurs, et à développer la coordination entre tous ces acteur·rices, mais aussi à modifier les méthodes d'élaboration et d'application des politiques de santé en y intégrant une offre participative – un autre point qui a été largement débattu ce matin. Il s'agit alors d'articuler toutes les expertises à la concertation sociale pour construire, dans le cadre des pratiques ascendantes que vous avez aussi évoquées, des politiques de santé qui répondent vraiment aux besoins des territoires et aux aspirations de leurs habitant·es.

Car encore aujourd'hui, il faut beaucoup de ressources personnelles et sociales pour accéder aux ressources du territoire – c'est pourquoi la définition de la santé à laquelle nous nous référons intègre les notions de pouvoir et d'auto-détermination. Et c'est pourquoi il est autant question d'accès aux équipements ou aux services (évidemment essentiel, ne serait-ce qu'à des fins de respect des droits fondamentaux) que d'accessibilité à toutes les ressources et tous les liens sociaux qui renforcent la possibilité d'agir en autonomie, et de prendre part aux débats publics sur la santé. Cette accessibilité est un levier essentiel de la proportionnalité incluse dans le concept d'universalisme proportionné – cette proportionnalité repose en très grande partie sur la suppression des barrières de toutes natures qui s'opposent à la réduction des inégalités entre les groupes sociaux : d'une part, les barrières formelles ou informelles qui empêchent les individus ou les communautés de se sentir aptes ou légitimes à interroger directement les institutions ; d'autre part, le contrôle inégalitaire de leur accès à l'éducation, à l'emploi et à de bonnes conditions de vie ; enfin, le contrôle idéologique (valeurs, attitudes, croyances en vigueur dans la société) qui agit en profondeur pour exclure des individus et des communautés des réseaux d'influence sociale. C'est bien à ces trois niveaux qu'il faut agir pour réduire autant les inégalités de pouvoir que les inégalités de santé.

Je conclurai en vous faisant part, si vous le permettez, d'un sentiment personnel qui a émergé à votre écoute, autant dans les ateliers qu'à l'affichage de vos propositions. Pardon si mon expression peut vous paraître un peu trop affirmative mais c'est mon impression. C'est vrai, on entend les mêmes mots qu'avant la pandémie, les mêmes besoins s'expriment, les mêmes enjeux sont mis en avant. Mais j'ai perçu au moins deux changements majeurs, qui sont d'ailleurs liés :



# RETOUR SUR...

-  
JOURNÉE D'ÉTUDE

-  
WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

- Nous savons à présent, avec certitude, que nous sommes dans le vrai, que les approches solidaires, communautaires, écologiques, le projet éthique et démocratique que nous portons, sont à même d'anticiper et de résoudre des problèmes structurels, de renforcer la soutenabilité du système de soin et d'amortir les chocs liés à des crises sanitaires ou sociales.

- Le deuxième changement que j'ai perçu, c'est celui de la tonalité des expressions et des débats que vous avez dans les ateliers. J'y ai senti, plus qu'avant, une forme d'incompréhension face au faible investissement des questions qui nous préoccupent par les politiques ; un faible investissement qui a des conséquences très concrètes sur nos conditions de travail et les personnes impliquées et présentes aujourd'hui, mais aussi un sentiment d'urgence à agir et à convaincre – c'est d'ailleurs le titre de la journée.

Cette certitude et cette énergie, nous devons les retrouver dans nos plaidoyers et nos engagements. Elles doivent nous donner du courage, au sens que Cynthia Fleury donne à ce mot, c'est-à-dire, celui du « moteur d'une entrée dans le monde, une façon de faire lien avec les autres, une lutte incessante contre le découragement, la défense d'une décence commune. » Elle dit aussi, et pour moi c'est très inspirant : « Le courage, c'est l'inverse de ce que nous suggère le monde très calculateur et très consommateur dans lequel nous sommes plongés, où l'on ne fait quelque chose que quand on est sûr du résultat. Le courage, c'est faire quelque chose parce qu'il faut le faire. Que cela nous mène ou non dans une situation compliquée. Le courage est validé par le chemin, et non par le résultat. »

Bonne route – courageuse – à tous et toutes !

**Didier Febvrel :** Merci pour ces paroles, qui retracent à la fois ce dont nous avons discuté et en ajoutent. J'aime bien la question du courage à la fin. Il est vrai que la question que nous nous posons, et que nous allons poser cet après-midi dans la table ronde, est de savoir pourquoi, face au constat de choses positives, négatives ou à améliorer, nous n'arrivons pas à nous faire entendre.

Qui veut s'exprimer ? Avez-vous envie d'ajouter quelque chose par rapport à ce dont vous avez discuté ce matin ?

**Anne-Cécile Cornibert :** Bonjour à tous, je travaille au Centre Hospitalier du Vinatier, au centre ressource réhabilitation psycho-sociale plus



## RETOUR SUR...

JOURNÉE D'ÉTUDE

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

exactement. Je voulais juste donner une information, mais que vous avez peut-être tous déjà. Cependant, sait-on jamais, puisque nous venons de parler de l'articulation entre l'urbanité, l'environnement et la santé, dont la santé mentale. Les semaines d'information sur la santé mentale porteront sur l'environnement et la santé mentale. Symboliquement, cela pourrait aussi être l'occasion d'organiser des actions ou des interventions, pour nous permettre de travailler ensemble, pour essayer de faire un appel à manifestation d'intérêt conjoint. Je lance l'idée comme cela. Nous pourrions centraliser des projets, des idées. Sachant que j'ai travaillé avant à l'IREPS, je vois bien à quel point nous sommes à la fois loin, mais par défaut, nous aurions beaucoup de choses à nous dire et à partager au quotidien entre la promotion de la santé et de la santé mentale.

**Didier Febvrel :** Oui, surtout que la santé mentale est vraiment une problématique actuelle, qui a surgi. Elle existait déjà avant, mais la crise du Covid-19 n'a pas amélioré les choses.

**Arnaud Wiehn :** Je suis vice-Président de la Fabrique. Merci beaucoup Christine, pour ton analyse qui, comme souvent, est plus qu'une analyse. Tu as rouvert des perspectives et rattaché cela à des réflexions qui étaient préalables à cette journée d'étude et à la crise sanitaire. Je retiens ce que tu as dit sur le poids des mots. Cela fait écho à Laurent Chambaud, le Directeur de l'EHESP, que nous avions invité lors d'un webinaire. Il avait évoqué, pour lui, un enjeu majeur qui était culturel et éducatif. Nous parlons beaucoup de littératie en santé publique actuellement. Cela peut paraître paradoxale, parce que c'est une façon de rendre intelligible quelque chose que nous nous sommes évertués à rendre inaccessible. Les vocabulaires sont des chapelles et, pour lui, il y avait un énorme travail à faire sur cet usage des mots et sur cette technicité qui est un marqueur social, et qui participe à la segmentarisation de la société et de la santé publique.

C'est aussi un prolongement jusqu'au bout du raisonnement. Certain·es d'entre nous se demandent si tout ce que nous mettons en place ou tout ce que nous envisageons, notamment pour améliorer la démocratie sanitaire, la participation, etc., n'est pas un pis-aller ou des choses qui entretiennent un système qui est définitivement inégalitaire. En santé, nous essayons d'imaginer des espaces qui compenseraient et pallieraient ce qui, d'un point de vue plus systématique concernant la question de la citoyenneté et du vivre-ensemble, est fondamentalement injuste. Je ne suis pas du tout décliniste mais je me demande si nous n'arrivons pas au bout d'un processus. Dans les ateliers, nous nous sommes bien rendu compte que nous disions : « Il faudrait que ... » par rapport aux



## RETOUR SUR... —

JOURNÉE D'ÉTUDE

-

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

déterminants de l'histoire qui sont – tu le sais mieux que quiconque – liés à l'école notamment et à la transmission du patrimoine. Ce sont des choses sur lesquelles nous n'avons pas la main. Que faisons-nous ? Ne sommes-nous pas en train de cautionner et d'entretenir ce système inégalitaire ?

**Didier Febvrel** : Puisque tu as animé un atelier avec Cynthia Benkhoucha, pourrais-tu ajouter une ou deux impressions par rapport au travail de ce matin ? Je ferai la même chose avec Elsa Micouraud et Bénédicte Madelin.

**Arnaud Wiehn** : Oui, sur le travail sur la gouvernance. Nous avions priorisé les échelles. Nous nous étions dit que l'un des critères était de savoir la portée de ce que nous souhaitions faire. Nous avons donc distingué l'infracommunal, le communal et l'intercommunal. Je ne vais pas vous synthétiser tout cela mais il y a des enjeux forts, comme le point d'équilibre entre le fait de créer plein d'instances, pour qu'il y ait de la place pour tout le monde, et le fait de ne pas être disponible dans toutes ces instances, parce que nous ne pourrons jamais – les habitant·es et les professionnel·les – nous démultiplier de la sorte. Nous devons structurer largement entre des décisions techniques et des participations. De même, plus nous démultiplions et faisons des choses gigognes, et moins c'est faisable d'être partout. Cela entretient peut-être une forme pyramidale et hiérarchique.

Se posait aussi la question de l'évolution. J'ai constaté qu'il était très compliqué, pour certain·es – et je le conçois –, d'imaginer en toute liberté la façon dont on fait évoluer la santé publique. En effet, cela fait bouger toutes les lignes, donc nous sommes bien dans un système et un paysage qui est interdépendant. Si l'on bouge un peu ici, cela ébranle tout le reste. Nous avons tous·tes la crainte que le peu sur lequel nous pouvons nous appuyer finisse par s'effondrer si nous bougeons trop les lignes. Cela est assez fort et assez prégnant.

**Cynthia Benkhoucha** : Je suis membre de la Fabrique Territoires Santé et chargée de projet au comité régional d'éducation en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Dans le petit sous-groupe où j'ai passé le plus de temps, a été évoquée cette question que les orientations étaient « personne-dépendant ». Nous n'avons donc pas toujours la main sur cela non plus. Il y a parfois des volontés personnelles, individuelles, des trajectoires au niveau des personnes qui prennent des décisions, concernant la mise en œuvre de démarches qui sont facultatives et non obligatoires par exemple. Il y a donc de nombreuses choses sur lesquelles



## RETOUR SUR...

JOURNÉE D'ÉTUDE

-

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

nous n'avons pas la main. Cependant, rendre obligatoire certaines choses change aussi peu à peu les perceptions et les fonctionnements.

Pour en revenir à la question des déterminants, très récemment, nous avons fait intervenir le Professeur Éric Breton de l'EHESP pour un webinaire consacré aux déterminants de santé. C'était une intervention très pédagogique, qui mettait vraiment en évidence le fait que les trois déterminants les plus impactants étaient ceux liés aux conditions socio-économiques des individus, au logement et à l'éducation. Ces déterminants ont une influence encore bien supérieure au comportement individuel. Tout cela était illustré de chiffres assez frappants.

**Didier Febvrel :** Merci. Au final, cela permet de donner un conseil : il y a des jeux d'acteur·rice et donc, il y a des jeux de pouvoir. Finalement, nous constatons que si nous n'avons pas une pensée, si nous ne réfléchissons pas à la question du pouvoir, nous passons à travers de quelque chose. Il y a des philosophes, des sociologues, des politicien·nes et d'autres qui peuvent nous aider en matière de réflexion. Je me souviens, il y a une vingtaine d'années, que les Canadiens avaient dit : « *Nous ne pouvons pas faire de diagnostic sur le terrain sans faire de diagnostic dit politique* ». En résumé, il fallait repérer qui était favorable au projet et qui avait du pouvoir et surtout aller voir ceux·celles qui étaient pour et qui avaient du pouvoir. Il ne faut pas aller voir ceux·celles qui sont contre et qui ont du pouvoir. Cela est un peu résumé mais cela signifie qu'il faut repérer qui peut être allié·e ou non allié·e. D'ailleurs, c'est l'un des enjeux de la Fabrique. L'idée est de savoir avec qui nous travaillons pour faire avancer les choses.

**Bénédicte Madelin :** Je suis de la Fabrique Territoires Santé. Nous devions travailler sur les profanes. Quelle est la place des profanes ? Nous sommes tous·tes des profanes, d'une certaine manière, mais nous sommes plus ou moins professionnel·les ou seulement profanes habitant dans les quartiers.

Je vais plutôt donner une note d'ambiance. L'un des premiers mots qui a été dit – cela rejoint les conclusions de Christine Ferron – est que nous devons retrouver de l'informel. À vouloir toujours tout cadrer, de fait, nous excluons. Je trouve que cela est important. Ce temps formel renvoie à des temporalités qui sont forcément différentes. L'informel n'est pas accepté parce qu'il est considéré comme non rentable, non efficace. Je trouve que cette notion est très intéressante. Il faut prendre le temps de l'accueil. C'est un temps qui n'existe plus, surtout quand on n'a que des écrans face à soi – c'est encore un autre sujet.



## RETOUR SUR...

—

JOURNÉE D'ÉTUDE

—

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

La représentativité a aussi été beaucoup interrogée et le fait de la prendre, ce temps pour que se construise la légitimité des paroles, de ce qui est dit, de la façon dont on travaille là-dessus. Beaucoup de choses ont été dites et j'en retiens deux principalement :

- 1- Ne parlons pas de santé. Si nous disons aux personnes : « Nous allons parler de santé », elles auront peut-être envie de parler d'autre chose.
- 2- Parlons français. Non parce que nous rejetons l'arabe ou le wolof, mais nous rejetons le jargon. Nous avons travaillé par trois sous-groupes et quand l'un de ceux-ci a fait son retour, c'était très drôle parce qu'un autre sous-groupe a dit : « Je ne comprends rien de ce qui se dit ! ». Ce n'était peut-être pas vrai. D'ailleurs, il l'a dit après : « Je sais ce que cela veut dire mais tant que vous parlerez ainsi, vous excluez ».

**Elsa Micouraud** : Je suis trésorière de Fabrique Territoires Santé et je travaille par ailleurs dans un centre de ressources politiques de la Ville (Profession Banlieue) qui est en Seine-Saint-Denis. Je vais juste ajouter deux choses. Comme l'a dit Bénédicte Madelin, nous nous sommes dit : « Arrêtons de parler de santé, mais parlons de la vie des personnes et forcément, les questions de santé apparaîtront à un moment ou à un autre ».

L'autre chose importante est : « Valorisons, parlons de ce que produisent toutes les actions et tous les échanges avec les habitant·es. Mettons cela en avant pour valoriser ce que cela produit, très concrètement avec des exemples. Faisons un certain plaidoyer de cette façon de faire avec les habitant·es ».

**Bénédicte Madelin** : Il est vrai que cette participation des habitant·es ne peut pas se faire s'il n'y a pas de reconnaissance. Les trois propositions qui ont été faites et élaborées par le groupe – il faudrait donner la parole à Fanny pour qu'elle nous rappelle les trois catégories – sont très intéressantes. Comme elle l'expliquait, il faut à la fois un cadre global favorable, mais si nous voulons tout remplir, pour tous les temps, ce n'est plus possible. Je trouve donc que c'est une dimension importante.

**Catherine Richard** : Je suis membre de la Fabrique Territoires Santé. J'ai une remarque, et non une question. Quelque chose a changé entre le « avant » et le « après » de la pandémie : nous parlons maintenant de santé, c'est l'une des priorités. Bénédicte Madelin nous l'a rappelé avec le collectif d'habitant·es réunis dans le « Pas sans Nous ». Avant la pandémie, la priorité n'était pas la santé. Nous parlions de logement, d'éducation, d'urbain, etc. – je parle des acteur·rices de la politique de la



## RETOUR SUR...

JOURNÉE D'ÉTUDE

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

Ville. La santé était vraiment la dernière roue du carrosse. Jusqu'en 2005, ils ont mis la santé comme l'un des piliers de la politique de la Ville. Les choses ont continué mais cela n'a pas « pris » autant, d'un point de vue politique, que ce que cela pourrait prendre aujourd'hui après cette expérience. Je trouve que, là-dessus, il y a un vrai changement. Il serait bien de parler de la santé publique versus sciences humaines telles que nous les connaissons.

**Didier Febvre** : Il y a aussi un effet sur la Fabrique : cela nous a un peu réconcilié avec l'articulation entre la promotion de la santé et l'accès au soin. Nous nous intéressons un peu plus à cela, ce qui n'est pas mauvais.

Vous voulez que le métier de coordinateur·rice soit reconnu, qu'il soit mieux rémunéré, qu'il ait un meilleur statut. Dans le rapport « Dessiner la santé publique de demain » de Monsieur Chauvin, je trouve que l'information est un peu trop universitaire. Une fois de plus, je le répète encore une fois, on néglige le fait que les ASV, CLS, etc., ont qualifié des professionnel·les, surtout féminines, qui ont de très grandes compétences. Cela serait dommage de les laisser sur le bord de la route.

**Karine Bisson** : Je suis chargée de projet au service de santé publique à la mairie de Saint-Denis. Nous avions la charge d'animer l'atelier sur les défis des coordinations. Nous étions donc plutôt dans une approche partant directement des pratiques professionnelles, avec deux questions : l'une sur le diagnostic et l'autre sur le métier de coordination.

Juste un sentiment. En préparant l'atelier et en regardant les inscrit·es, nous nous sommes dit : « Comment allons-nous faire ? C'est très mixte ». Il n'y a pas uniquement des coordinateur·rices et c'est très centré sur les pratiques. Notre enjeu était que tout le monde se reconnaîsse dans les questions et puisse participer. Il est ressorti que nous avons tous·tes le même souci. Il n'y a pas du tout eu de prise de position « contre », nous étions tous·tes d'accord. Même pour la question du plaidoyer, pour savoir quelle proposition utopique nous pourrions faire, c'était surtout sur une valeur de lutte contre la discrimination et une valeur commune à toute la démarche. Nous sommes toutes les trois très satisfaites de ce groupe et j'espère qu'il en est autant des participantes – il n'y avait pas d'hommes.

Après, s'agissant de ce qui a été dit, c'est un peu redondant par rapport à ce que nous avons pu entendre dans les autres ateliers, selon la restitution que vous en avez faite. Nous étions sur la participation des habitant·es dès le démarrage – nous avons un peu « mangé » sur cet atelier-là. Nous ne sommes pas allés les voir uniquement pour récolter des données, mais



## RETOUR SUR... —

JOURNÉE D'ÉTUDE

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

nous sommes allés les voir dès le début en leur demandant : « Qu'allons-nous regarder comme données ? De quoi allons-nous nous préoccuper ? ». Nous avons cherché à diversifier la composition des acteur·rices qui étaient dès la gouvernance jusqu'à la valorisation des données.

Nous avons également évoqué la continuité du diagnostic, dans le but de lutter contre le diagnostic statique, ce qui remet parfois en question sa légitimité quand on va travailler. Il était important de travailler sur cette question de diagnostic dynamique.

Je passe la parole à mes collègues, au moins pour qu'elles se présentent.

**Sylvette Ronque** : Je suis chargée de projet à la Ville de Cherbourg-en-Cotentin. Dans le groupe sur le poste de coordination, nous avons insisté sur le fait qu'il fallait qu'il soit mieux payé. Nous avons aussi utilisé le terme « culture commune », dans l'idée de développer la culture commune. J'ai bien entendu Madame Ferron qui disait que ce mot commençait à être éculé, donc j'ai bien noté « interculturalité ». Nous avons dit d'autres choses qui sont très bien synthétisées, parce que nous avons fait un beau travail. Ce que nous avons fait est beaucoup plus simple pour aller mettre vos petites pastilles derrière.

**Sandra Essid** : Je suis administratrice à la Fabrique Territoires Santé, ex-coordinatrice CLSM dans un territoire rural dans les Pyrénées-Orientales. Le mot « ex » est important, parce que quand on parle des métiers de la coordination, nous n'avons pas parlé de la précarité des emplois, ce que je vais incarner.

**Didier Febvre** : Belle incarnation !

**Sandra Essid** : N'est-ce pas ?! Merci. Elles ont été très complètes et j'ajouterais qu'il ressort le fait qu'il faut être assez résistant·e et sûr·e de soi dans ces métiers-là, parce que l'on peut être bringuebalé·e par les envies des un·es et des autres. Nous parlions aussi des rapports de pouvoir et on peut nous amener à diagnostiquer des choses mais à ne pas en regarder d'autres. Bref, il faut être très courageux·euses et persévérand·es pour rester dans la ligne éthique de ce que l'on a envie de faire et de ce à quoi sont censées servir les démarches territoriales de santé. Ainsi, bravo à votre courage et à votre persévérance.

**Didier Febvre** : Tout à fait, bon courage.



## RETOUR SUR...

JOURNÉE D'ÉTUDE

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

Peux-tu passer le micro à Sidi-Mohammed Ghadi ?

**Sidi-Mohammed Ghadi** : Je suis de l'AFVS sur le saturnisme et j'étais dans l'atelier 2 ce matin. Je reviens sur la notion de courage qui, pour moi, est fondamentale. N'avons-nous pas le courage, aujourd'hui, de remettre à plat ce que nous pensons ? C'est exactement ce qui se passe aujourd'hui avec cette crise : nous ne pouvons pas reproduire les mêmes choses en gardant les mêmes réflexes.

J'ai été étonné ce matin, dans le groupe où nous étions, de l'implication des usager·ères (les profanes). Nous pensons « structuration mentale », c'est-à-dire que nous reproduisons ce que nous connaissons, mais nous n'allons pas vers de l'imagination. Or, dans le courage, il faut justement de l'imagination. C'est ce qui me manquait. Je trouve qu'il est très important d'imaginer de nouvelles structures et de nouvelles pensées, et de ne pas rester uniquement sur « ce que je sais », qui est une sorte de terrain, de chasse gardée, sur lequel nous sommes tou·tes confronté·es parce que cela nous rassure. Il faudrait peut-être aller vers ce qui ne nous rassure pas, pour changer ce paradigme qui est de dire : « Je suis un·e tel·le donc je fais cela », alors que nous ne sommes rien du tout aujourd'hui et que nous devenons quelque chose.

Je trouve cela dommage parce que la notion d'avenir est très importante dans un groupe tel que celui de ce matin, par rapport à ce que je vois et ce que j'entends. Nous ne pouvons pas repenser ce qui est passé, nous savons que ce n'est pas bon, nous le voyons bien. La crise a été un révélateur de dysfonctionnements, aussi bien des maladies mentales dont nous parlions tout à l'heure, que de tout ce qui touche à la santé en général et à la perception de la santé. Quand vous interrogez les habitant·es, comme vous le disiez tout à l'heure, pour eux·elles, la santé n'est pas le vaccin, alors que c'est malheureusement ce qui est en train d'arriver avec les travers des médias : en effet, on confond le soin médical, et les conditions dans lesquelles on vit.

Il ne faut pas repenser uniquement la structuration de l'organisation, mais il faut remettre en question notre savoir et accepter de devenir humble. Pour moi, c'est très important.

**Didier Febrel** : Merci. Cela me fait penser à une chose. J'évoquais ce matin l'imagination de l'industrie du tabac qui a inventé le puff (la cigarette électronique jetable pour les adolescent·es). Cette imagination, il faudrait que nous l'ayons, nous aussi.



## RETOUR SUR...

—

JOURNÉE D'ÉTUDE

—

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

**Sylvie Rocher** : Je suis coordinatrice santé à Épinay-sur-Seine. Par rapport à l'importance de l'informel, de réfléchir sur les nouveaux modes de travail, etc., je voudrais rappeler que nous avons des hiérarchies professionnelles et que ce n'est pas simple parce que les coordonnateur·rices santé sont dans des collectivités locales. Nous sommes dans une concentration de logique où la fonction publique territoriale a une culture très hiérarchique et pyramidale. De fait, le mode « projet » ou le mode plus participatif avec de l'informel et une remise en question des pratiques pour travailler tou·tes ensemble va à l'encontre. C'est une dynamique de projet très transversale, alors que nous sommes dans un univers professionnel très hiérarchique et que ce n'est pas toujours simple, pas uniquement au niveau des élu·es, mais aussi au niveau des Directions des Villes qui ne sont pas forcément favorables à cette espèce de « pouvoir partagé » dans l'action, dans l'élaboration, dans la mise en œuvre, etc. Nous n'avons pas toujours la capacité d'écoute franche, même si nous le ressentons profondément et si nous faisons tous les jours notre travail, pour pouvoir agir ainsi. Je ne pense pas être la seule, mais je trouve qu'ils·elles sont plus avancé·es en santé mentale qu'en santé.

**Didier Febvre** : Sachant que quand on pense que l'on est malade, on a besoin de voir un·e médecin ou d'avoir un système de soin qui nous prenne en charge. Nous en parlerons cet après-midi, mais la crise de la prévention est réelle. Cependant, il faut que l'accès au soin soit aussi assuré. Malgré tout, des choses extraordinaires se font aussi dans le soin, mais il faudrait que des choses extraordinaires se fassent dans la prévention.

**Zita Messan** : Je suis doctorante à l'Université de Poitiers. Je travaille sur les questions d'équité en santé dans le dispositif de sport-santé. Je viens plutôt d'une formation de santé publique mais je me retrouve avec des géographes. Je trouve un peu dommage que la santé publique, sur la promotion de la santé, reste dans sa zone de confort et n'aime pas en sortir pour aller vers d'autres acteur·rices du territoire, surtout les scientifiques et les géographes. En effet, ils·elles travaillent sur des thématiques d'aménagement du territoire, de logement, etc., qui sont des déterminants, qui interviennent sur des déterminants de santé.

Nous, nous parlons beaucoup de déterminants de santé mais nous ne cherchons pas d'autres acteur·rices qui travaillent aussi sur des déterminantes de santé. Eux·elles, ils·elles ne mettent pas forcément l'étiquette « déterminants de santé » mais ce sont des choses qui nous intéressent. Je trouve dommage que nous n'utilisions pas ces ressources.



## RETOUR SUR... —

JOURNÉE D'ÉTUDE

-  
WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

Je trouve qu'il est important d'aller vers les nouveaux modes de gouvernance et d'intervention, les lieux de concertation dont Madame Ferron vient de parler et l'interculturalité professionnelle, qui interviennent plutôt dans la question des résiliences des territoires. Je pense que nous pouvons aussi parler de résilience des systèmes de santé, dont la promotion de la santé. Il faudrait trouver ces nouveaux modes de gouvernance dans la promotion de la santé et intégrer la recherche dans la promotion de la santé, parce que la recherche est développée, mais plutôt du côté « épidémiologie ». Cependant, la promotion de la santé a aussi besoin de cela.

Les rapports d'activités existent mais ne sont ni publiés ni lus. C'est aussi cela, notre problème. Nous disons que les politiques de santé ne tiennent pas forcément compte des questions d'inégalité territoriale, sociale et de santé, mais c'est parce que ces rapports ne sont pas lus. Parfois, nous les envoyons, parce qu'ils ne sont pas publiés. Il faut donc aussi revoir ce côté « publication » des données et des rapports, qui peut jouer.

**Didier Febvrel** : Merci de rappeler des enjeux qui nous concernent à la Fabrique, parce que nous essayons de promouvoir ce que vous êtes en train de nous rappeler et de nous dire. La dernière intervention est celle de Laurent El Ghozi. Je lui fais part de deux petites précautions : pas trop longue, et sur quelque chose que nous n'entendrons pas cet après-midi.

**Laurent El Ghozi** : Premièrement, sur le courage que tu évoquais, pour moi, cela signifie à la fois défendre des convictions (être sûr·e de ce que l'on dit, avoir prouvé ce que l'on a à dire, défendre des valeurs dans le cadre des inégalités) et s'exposer à la parole des autres. Ce sont à la fois des convictions et des valeurs, mais c'est aussi de l'humilité. À partir du moment où l'on s'expose à la parole des autres, quand on est dans la transversalité, la collégialité, etc., on n'est plus dans la certitude ni dans le pouvoir descendant hégémonique, mais on est bien dans la co-construction. Il me semble que le courage est de tenir les deux à la fois.

Deuxièmement, le diagramme de Margaret Whitehead et de Dahlgren a environ quarante ans et nous continuons d'évoquer ce « machin-là ». Si nous le regardons bien, 75 % des facteurs (des déterminants) sont des décisions qui se prennent au niveau des collectivités locales. Pourquoi n'arrivons-nous pas à faire en sorte d'être entendu·es... ?

**Didier Febvrel** : C'est très bien, c'est une excellente transition.



## RETOUR SUR...

—

JOURNÉE D'ÉTUDE

—

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

## TABLE-RONDE

**WORK IN PROGRESS ! L'URGENCE  
D'UNE REFONTE TERRITORIALISÉE  
DE LA SANTÉ PUBLIQUE**



## RETOUR SUR...

JOURNÉE D'ÉTUDE

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

**Didier Febvrel :** Après la table ronde, il y aura une petite surprise. Vous le savez, ce sont les 10 ans de la Plateforme nationale de ressources des Ateliers Santé Ville et donc les 10 ans de Fabrique Territoires Santé. Pour ceux-celles qui ne le savent pas, la Fabrique Territoires Santé est le nom que la Plateforme nationale de ressources des Ateliers Santé Ville, a pris en 2018 pour élargir le champ de son action, avec l'arrivée des contrats locaux de santé (CLS), et des CLSM, etc. Cela permettait de pouvoir englober à la fois toutes les coordinations et les dynamiques territoires de santé qui existaient. Cela permettait de rester ancré sur la politique de la Ville, sur les quartiers prioritaires, tout en ouvrant au rural. Ce matin, vous avez entendu quelqu'un dire qu'elle avait été une ancienne coordinatrice ASV en milieu rural. D'ailleurs, il y en a d'autres ici.

Notre « fonds de militantisme » associatif est bien de promouvoir des démarches, des dynamiques territoriales de santé, de coordonner, animer avec des moyens et des ressources. En même temps, à la lumière de ce qu'il se passe sur le terrain, le but est de pouvoir réfléchir au système de santé, mais aussi à notre environnement. Ainsi, nous organisons des rencontres nationales et des journées d'étude.

Nous avons donc trouvé qu'il était tout à fait intéressant d'inviter François Alla, qui a sorti un tract – cela s'appelle ainsi – chez Gallimard, avec une philosophe qui s'appelle Barbara Stiegler, *Santé publique année zéro*. Il se présentera quand nous lui donnerons la parole. Nous avons aussi invité Bénédicte Madelin, qui est du collectif « Pas sans Nous », qui vous expliquera ce dont il s'agit. Nous avons aussi demandé à Laurent El Ghozi, qui est un ancien élu local, ancien Président, partenaire habituel et historique d'« Élus, Santé publique et Territoires », d'étudier l'intitulé de la table ronde (« Urgence d'une refonte territorialisée de la santé publique »).

François Alla y va fort dans son tract parce qu'il évoque « la santé publique en ruines ». Vous assumerez cette phrase, pourquoi pas, c'est écrit comme cela. Nous le voyons aussi dans le rapport de la mission Chauvin qui parle de la « faiblesse structurelle de la santé publique ». Il reprend les propos d'un autre rapport qui avait été fait par le Professeur Pittet. Dans le groupe miroir de ce rapport, vous avez aussi dit que la santé publique n'avait pas été au rendez-vous de cette crise sanitaire.

Comme nous l'avons dit ce matin, depuis 10 ou 20 ans, nous parlons de la même chose. Dans la santé publique, des plans de pandémie ont été mis en place, mais pour autant, nous avons la sensation qu'il s'est passé



## RETOUR SUR...

JOURNÉE D'ÉTUDE

-  
WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

quelque chose sur les inégalités territoriales de santé, sur les inégalités sociales, sur le fait de prendre en compte les plus démunis-es, de faire de la santé publique dans la dentelle. Certes, il y a l'universalisme proportionné, mais il y a de l'équité à côté de l'égalité. Je pense que vous pensez qu'il y a eu des défauts, mais il y a peut-être eu des gains.

La première question à François Alla est de lui demander d'assumer ce champ de ruines, d'une certaine manière.

**François Alla** : En toute simplicité « assumer le champ de ruines » ! Je ne sais pas si j'assume le « champ de ruines », mais j'assume l'expression. Le Covid-19 ne fait pas partie du titre du tract, parce que la crise nous sert de révélateur d'une situation qui était préexistante, et que la crise a renforcé sur un certain nombre de faiblesses de la santé publique. Effectivement, le constat, tel que vous avez commencé à le souligner, n'est pas très réjouissant. Il est même assez catastrophique.

Tu as parlé d'équité : où était-elle ? Nous avons parlé de vulnérabilité sociale : comment avons-nous pris en compte les plus vulnérables, quelle que soit la cause ou la raison de la vulnérabilité, qu'elle soit économique, géographique, liée à un handicap ou à un ensemble de facteurs ? Cela ne donne pas un constat très joyeux de cette santé publique en France, ou de la santé publique telle que nous l'entendons, c'est-à-dire qu'avant d'être des leviers, ce sont des principes ; lesquels sont extrêmement importants, comme l'équité, l'égalité devant la santé, l'adaptation des moyens aux besoins, le principe extrêmement important de démocratie sanitaire – nous y reviendrons peut-être – et des principes de santé publique qui sont des principes éthiques en santé (comme la bienfaisance, la non-malfaisance, la justice).

Je ne sais pas jusqu'où tu veux que je poursuive sur cette première phrase.

**Didier Febvrel** : Jusqu'où tu peux aller. Dans le tract, il est assez évident que vous donnez, avec Barbara Stiegler, beaucoup d'exemples de moments où cela aurait pu être mieux fait. Sachant que nous parlons de système, mais que nous ne parlons pas de l'engagement qui a été fait dans les services de l'État, la critique que l'on porte sur la santé publique n'est pas forcément une critique sur les personnes ou la façon dont les personnes se sont engagées dans les institutions, même si cela a fait défaut à un moment donné. C'est plutôt dans la conception des politiques.

**François Alla** : Au contraire, les institutions auraient gagné à les mobiliser un peu plus. En deux mots, le problème dans cette gestion de crise, est la



## RETOUR SUR...

---

JOURNÉE D'ÉTUDE

-  
WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

façon dont les décisions ont été prises. Nous avons quelque chose d'extrêmement étonnant. Alors qu'en France, nous avons des institutions solides, qui l'ont maintes fois démontré, nous avons un vivier très important d'Agences sanitaires ou d'organismes solides d'aide à la décision qui ont montré leurs compétences. Ils n'ont pas été utilisés. On a créé des « machins » *ad hoc* pour répondre à cette crise et pour shunter. Est-ce par manque de confiance dans l'Administration ? Est-ce pour d'autres raisons ? Nous pourrons en discuter.

Nous avons des instances de démocratie sanitaire (4 mars 2002 - 4 mars 2022 : ce sont les 20 ans dont nous parlions tout à l'heure) mais ces instances n'ont été sollicitées ni au niveau régional, ni au niveau national. Cela a été souligné, y compris par le Conseil scientifique. Dans la façon dont les décisions ont été prises et gérées, pour moi, cela ne montre pas une faiblesse de nos institutions. Elles ont été shuntées et contournées, y compris les autres institutions démocratiques – nous avons parlé du Parlement, du Conseil des ministres versus le Conseil de Défense, etc. Toute cette gestion de la crise a été personnalisée et n'a pas pris en compte l'ensemble des parties prenantes.

Peut-être que je laisserai mes collègues, qui sont extrêmement compétent·es à ce sujet, en parler. Nous avons aussi laissé de côté le local, les collectivités territoriales, le monde associatif, les professionnel·les de santé, le médico-social, etc. Quand on voit la façon dont la crise a été gérée, heureusement que le local s'est emparé de ce sujet, cela a fait tampon dans beaucoup de territoires – nous pourrons donner des exemples très concrets – pour compenser ces limites de la politique nationale. Malheureusement – je l'ai vu dans ma région et dans d'autres régions – ces initiatives locales n'ont pas été encouragées, c'est le moins que l'on puisse dire, voire parfois ont été bloquées de façon rugueuse.

Tout cela pour se demander : « Pourquoi cette gouvernance pose un problème ? » au-delà des questions de principe extrêmement importantes. Ce sont aussi des questions d'efficacité, parce que ces décisions centralisées, uniques et simples sont, par définition, simplistes. On ne peut pas appréhender la complexité d'une situation comme celle-là en décidant tout·e seul·e. Nous le voyons : pour tou·tes les laissé·es de côté de la gestion de la crise, qui étaient déjà vulnérables avant la crise, la crise a encore aggravé les vulnérabilités. Regardez les dernières études de la DREES ou autres sur les plus vulnérables au virus, les plus à risques de forme grave, les plus à risques de décès sont aussi ceux·celles qui ont été le moins vacciné·es, le moins dépisté·es, et que l'on a le moins pris en charge, etc.



## RETOUR SUR...

JOURNÉE D'ÉTUDE

-  
WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

Cette décision centralisée, outre le problème démocratique que cela soulève, pose un vrai problème d'efficacité et d'équité, parce que cela contribue à expliquer la catastrophe qu'a été cette gestion de crise – la catastrophe pour les personnes les plus vulnérables et tous les effets indésirables qui commencent à peine à émerger. Il y avait encore un article ce matin sur la santé mentale, notamment des plus jeunes. On a beaucoup parlé des ruptures des chaînes de soin et de prévention en cancérologie, en maladies cardio-vasculaires, etc. On a aussi beaucoup parlé des conséquences économiques pour les personnes avec des situations d'emploi plus défavorables, etc. Nous sommes à peine au début de l'observation de toutes ces conséquences. Il y aura une nouvelle vague, qui ne sera peut-être pas virale mais qui sera liée à cette non-prise en compte de toutes ces spécificités populationnelles, de toutes ces vulnérabilités. Cependant, tel que l'on a construit le système, on ne pouvait pas les prendre en compte et c'est cela que nous essayons de dire.

La démocratie sanitaire, non seulement consiste en des principes démocratiques, éthiques, sur la promotion de la santé, mais c'est aussi de la santé. En ayant voulu, au nom de la santé, shunter la démocratie, on a perdu la démocratie et la santé. C'est cela que nous essayons de décrire brièvement dans ce tract, parce que les décisions au nom de la santé ont été inefficaces et délétères – je ne parle même pas du lien social, ni du consensus dans la population (dresser les populations les unes contre les autres, les jeunes contre les vieux, les personnes en bonne santé contre les personnes avec comorbidités, les vacciné·es contre les non vacciné·es, etc.). Nous pourrions en parler longtemps donc je vais essayer de passer le micro à mes collègues.

**Didier Febvre** : Bénédicte, pour le collectif « Pas sans Nous », vous avez fait un tour de France pour aller recueillir la parole...

**Bénédicte Madelin** : ... Pour recueillir la parole des habitant·es - parce que « Pas sans Nous » est un collectif qui n'est pas représentatif des habitant·es des quartiers populaires, c'est un porte-voix, un mégaphone, un micro – vous lappelez comme vous le voulez. En tout cas, le manifeste <sup>2</sup> qui a été élaboré à partir de plusieurs milliers de questionnaires s'appuie énormément sur le verbatim. Les personnes remplissaient des questionnaires quand elles étaient d'accord, parce que toutes ne l'étaient pas, bien sûr. Cela a duré quatre mois et demi, nous

---

<sup>2</sup> <https://passansnous.org/manifeste-nos-quartiers-ont-de-la-gueule/>



## RETOUR SUR...

JOURNÉE D'ÉTUDE

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

étions dans 74 quartiers différents, avec des milliers de questionnaires. Les personnes avaient 20 items pour dire quelles étaient leurs priorités.

Nous voyons très clairement, dès le démarrage, un gros bloc qui comprend : « le logement / cadre de vie », « emploi / chômage », « pouvoir d'achat » et « santé ». C'est un très gros bloc qui gomme beaucoup d'autres sujets. Quand on parle de questions de santé, au sens strict du terme, ils·elles parlent d'abord d'accès au soin, c'est clair. Ils en parlent aussi quand ils parlent des personnes âgées, des personnes handicapées, des femmes, des jeunes, du sport, de l'environnement. La santé est donc là, ils parlent de santé. C'est-à-dire qu'ils disent que la santé est aussi le logement. Beaucoup parlent des logements pathogènes.

Tout cela est traversé par un sentiment de discrimination et d'inégalité très fort. C'était l'un des items qui pouvait être choisi, mais de fait, ils·elles parlent plus des inégalités que de discrimination. Quand on dit que le Covid-19 a renforcé les vulnérabilités, ce que vient de dire François Alla est quand même un effet cumulatif. J'ai travaillé pendant vingt et quelques années en Seine-Saint-Denis et quand on voit que, pendant la crise du Covid-19, les Séquano-Dionysien·nes représentaient 13,5 % de la population francilienne, ils·elles représentaient 16 % des agent·es hospitalier·ères, 16,5 % des aides-soignant·es, 19 % des caissier·ères, 22 % des livreur·euses, 23 % des conducteur·rices de transport en commun et 25 % des nettoyeur·euses (qui est le mot poli pour parler des éboueur·euses). À cela s'ajoute que plus de la moitié des personnes de Seine-Saint-Denis travaillent en dehors du département, donc sont obligées de prendre les transports en commun pour aller travailler et pour garantir ces métiers qui étaient considérés comme absolument nécessaires, pour des familles plus nombreuses (42 % contre 35 % en Île-de-France) et disposent de 10 m<sup>2</sup> de moins par habitant·e dans les logements, par rapport à Paris. On dit toujours que Paris a de tout petits logements, mais il y avait quand même 10 m<sup>2</sup> de plus par personne dans les logements.

**Didier Febvre** : Par personne ?

**Bénédicte Madelin** : Oui, par personne. Par exemple, une famille de quatre personnes avait en moyenne 25 m<sup>2</sup> par personne, alors qu'elle en avait 15 m<sup>2</sup> en Seine-Saint-Denis (10 m<sup>2</sup> de moins). Le travail de l'Observatoire Régional de la Santé d'Île-de-France a publié un très bon article dans *Le Monde*, que vous pouvez consulter. C'est une étude faite à la demande de l'ARS, par l'ORS, c'est 8,50 m<sup>2</sup>, j'ai arrondi.



# RETOUR SUR...

JOURNÉE D'ÉTUDE

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

C'est un département où les personnes sont plus malades : 25 % des personnes ont un diabète avéré (que l'on connaît) et 13 % des maladies chroniques respiratoires pour les plus de 65 ans dans les deux cas. Il y a également des déserts médicaux. N'allez pas chercher pourquoi on se retrouve face à cette situation d'accroissement des vulnérabilités. En moyenne, en Seine-Saint-Denis, il y a un tiers de médecins en moins par rapport à la moyenne nationale. C'est le 89<sup>e</sup> département sur 100 et le 94<sup>e</sup> département sur 100 pour le nombre de lits en hôpital public.

C'est une réalité qu'énormément de personnes ont évoqué dans les quartiers populaires. Comme j'ai travaillé en Seine-Saint-Denis, je connais à peu près les chiffres et j'ai beaucoup travaillé sur ce sujet. Nous voyons bien que c'est une réalité qui concerne d'autres territoires : nous l'avons entendue à Marseille, à Orléans de manière très forte, à Amiens, à Angers et bien sûr à Saint-Denis ou à Stains, mais c'est en Seine-Saint-Denis donc c'est normal.

Face à cela, pour rebondir sur ce que vient de dire François Alla, on a laissé de côté les soignant·es mais on a surtout culpabilisé les habitant·es : « ce sont tou·tes des complotistes, ils·elles ne voulaient pas se faire vacciner ». Si la mortalité a plus que doublé en Seine-Saint-Denis, ce n'est pas seulement une question de vaccination ou de respect des gestes barrières. En effet, les solidarités ont été très nombreuses dans ces territoires : des maraudes se sont organisées systématiquement et de manière improvisée par les réseaux sociaux. Chacun·e apportait de temps en temps 10 euros, et demandait aux mères de faire la cuisine, pour aller la distribuer. Mais ce sont quand même les mères qui font la cuisine, dans le respect des traditions. Il y avait le portage des courses, des distributions alimentaires (parfois avec 1 km de long à attendre pour pouvoir récupérer un colis alimentaire), des visites à domicile, etc. qui ont été faites par tou·tes ces jeunes dans les quartiers populaires, accusés de non-respect des gestes barrières.

À Marseille, nous avons rencontré « l'abbé Pierre » de 2020 dans « l'Après M<sup>3</sup> ». C'est un ancien salarié d'un ancien Mac Donald's dans le quartier nord de Marseille, dans lequel il leur avait été imposé de recruter leurs salariés en CDI. Ils·elles étaient nombreux·ses et, petit à petit, ils ont commencé à se syndiquer, à revendiquer et Mac Donald's a fermé. Les salariés ont occupé le restaurant et aujourd'hui, c'est un espace où énormément d'habitant·es viennent, à la fois pour en rencontrer d'autres,

---

<sup>3</sup> <https://www.facebook.com/lapres.m/>



## RETOUR SUR...

—

JOURNÉE D'ÉTUDE

—

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

mais aussi pour s'alimenter. Quand je dis qu'il est comme l'abbé Pierre : c'est-à-dire une grande barbe, beaucoup de sagesse mais aussi, comme dans le Tour de France « Nos quartiers de la gueule », cela veut dire qu'ils ont des choses à dire mais qu'il s'y passe aussi de très belles choses.

**Didier Febvrel** : Excuse-moi, avant de te passer la parole, je vais rebondir sur la question de la culpabilisation. J'ai trouvé un passage extrêmement intéressant, qui est la façon dont l'individu est considéré actuellement, c'est ce que disent Barbara Stiegler et toi. On avait l'*homoeconomicus* qui était considéré comme étant rationnel vis-à-vis de ses intérêts (c'est-à-dire ce qui est bon pour lui et ce qui est mauvais pour lui). À l'heure actuelle, vous êtes en train de dire que les individus ne sont même plus considérés comme des sujets rationnels, mais comme des personnes responsables de ce qui leur arrive, à qui l'on dit : « Si vous n'avez pas le bon comportement, c'est de votre faute ».

**François Alla** : Comme je le disais tout à l'heure, la crise est un révélateur, mais de tendance plus lourde. Derrière le mot « *empowerment* » - que l'on a traduit en français par « autonomisation » et que l'on transforme en « responsabilisation » -, cela sous-entend que si tu n'es pas en bonne santé, c'est de ta responsabilité, que ce soit en éducation thérapeutique, comme en éducation à la santé ou, dans les politiques publiques. Cela est dramatique. Pour vous donner un exemple très récent qui m'a fait bondir, dans le cadre des « 1 000 jours », la fameuse « bébé box » a été annoncée et lancée par les pouvoirs publics. Vous pouvez aller sur le site du ministère de la Santé, il y a un communiqué de presse. Parmi les problématiques post-naissance, nous pouvons citer toutes les problématiques de santé maternelle, entre autres, liées à l'épuisement maternel et parfois aux comorbidités. Quand on regarde les déterminants, c'est une intrication de déterminants sociaux (le cumul de petits emplois mal rémunérés, le statut de mères célibataires...), avec une prise en charge médicale ou psychologique difficile ou peu accessible, etc. Ce sont vraiment des déterminants structuraux, complexes et intégrés de la santé.

Qu'est-ce qu'il y a dans cette « bébé box » ? Ce n'est pas une blague, vous pouvez aller vérifier. Dans cette box qui est remise à toute femme venant d'accoucher – cela a été fait à titre expérimental dans quelques dizaines de maternité avant de se généraliser –, il y a une crème, pour expliquer aux femmes qu'elles doivent prendre soin d'elles, pour éviter la dépression et les pathologies post-partum et leurs problématiques. Derrière ce côté « gadget » qui est insultant, cela veut dire que si les femmes ne vont pas bien, c'est parce qu'elles ne savent pas qu'elles doivent prendre soin d'elles. Ainsi : « Bougez-vous un peu, prenez soin de



## RETOUR SUR...

JOURNÉE D'ÉTUDE

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

*vous, soyez belles avec la crème et arrêtez de vous plaindre ».* C'est dramatique, mais malheureusement, cela se multiplie.

Pas plus tard que la semaine dernière, Santé Publique France a lancé une grande enquête sur la santé mentale des enfants de 3 à 11 ans. En effet, il y avait encore un article ce matin sur les hospitalisations pour suicides, tentatives de suicide ou différentes conséquences en termes de santé mentale. Il y a eu des conséquences extrêmement lourdes pour les enfants en termes de santé mentale au cours de la crise, mais avec peu de données nationales ou de données fiables. Ainsi, Santé Publique France lance une enquête pour analyser tout cela. Cela est très bien, mais quand vous regardez le dossier de presse ou la communication, il y est expliqué que connaître la santé mentale des enfants de 3 à 11 ans, va permettre de les éduquer pour qu'ils changent de comportement. Cela sous-entend que si les enfants de 3 à 11 ans ne sont pas bien, c'est parce qu'ils ont de mauvais comportements.

Je vous ai pris deux exemples qui me viennent en tête, mais on a cela en permanence. Un exemple du Covid-19 : il n'y a pas très longtemps, Alain Fischer, qui est le « monsieur vaccination » des pouvoirs publics, s'est rendu compte que les personnes sans domicile fixe étaient moins vaccinées que les autres. C'est bien, tout vient un jour à qui sait attendre. Sa conclusion est : « Il faudrait faire des campagnes d'affichage dans les villes pour les informer et les convaincre de se faire vacciner. S'ils-elles ne sont pas vacciné·es, c'est qu'ils-elles ne sont pas informé·es ». Je pense que vous pourriez avoir 1 000 exemples comme ceux-là.

Derrière ces anecdotes, c'est une tendance lourde et forte qui se dessine. C'est un bond de 20, 30 ou 40 ans en arrière. On a oublié tout ce qui concernait les déterminants structuraux de la santé, on a oublié tous les principes de base de l'éducation à la santé et de la promotion de la santé. Ainsi, c'est chacun·e, chaque individu tout seul, qui est responsable de sa propre santé, avec un lien direct entre les pouvoirs publics et l'individu – via le numérique – qui fait sauter tous les corps intermédiaires, toutes les associations et toutes les organisations.

Pour vous donner un exemple, actuellement, dans le cadre de la présidence française de l'Union européenne, il y a plusieurs projets structurants, dont une sorte de « plan cancer » européen ou d'adaptation à l'Europe de la stratégie décennale contre le cancer. Dans ce cadre-là, ils veulent un processus participatif et mobilisateur. Cela veut dire : « Non, on ne veut pas d'associations, c'est peut-être trop démocratique ». Ce que l'on appelle un « processus participatif » est un site internet à Bruxelles



## RETOUR SUR...

—

JOURNÉE D'ÉTUDE

-

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

où l'on peut, en anglais, donner son avis sur la politique européenne en termes de cancer. Voilà, c'est l'individu seul face aux pouvoirs publics, et l'on oublie toute organisation, toute structuration, toute construction, tout collectif, quelle que soit l'origine du collectif.

Il est vrai que l'on a fait le parallèle avec le VIH et le Covid-19. Si la lutte contre le VIH, a pu donner lieu à la loi de 2002 de démocratie sanitaire, c'est parce qu'il y avait ces collectifs, ces associations, ces organisations, cet *empowerment* au sens premier du terme. Aujourd'hui, tout est fait pour éviter ce type de mobilisation, avec les conséquences que l'on voit.

Je vous ai donné des exemples pour vous montrer que le Covid-19 n'est qu'un symptôme, mais d'une réalité très profonde, qui est en train d'inspirer toute la politique publique.

**Bénédicte Madelin :** Cela dépasse la question de la santé, parce que dans la politique de la Ville, cela fait plus de 20 ans que l'on dénonce la culpabilisation des habitant·es : « Ils n'ont pas d'emploi parce qu'ils ne veulent pas travailler », « Ils n'ont qu'à traverser la rue ». On ose le dire, alors que dans les années 2000, on ne le disait pas encore mais on disait : « Il y a plein d'emplois qui ne sont pas assurés ». C'était pareil sur la question du logement ; la fondation Abbé Pierre avait lancé un cri d'alerte à ce sujet, sur le fait que l'on rendait les personnes responsables de ne pas avoir de logement, ou d'habiter dans une insalubrité totale. C'est donc une tendance très lourde de l'ensemble des politiques publiques.

Nous avons fait un travail avec des habitant·es, dans le cadre d'une EIS (évaluation d'impact en santé) – je regarde Gwendal Bars (ARS Île-de-France) parce que nous avons parlé tout à l'heure de cette EIS – pour savoir ce que représentait la santé pour eux. Laurent El Ghozi (ESPT) a participé au rendu de ce travail sous la présidence d'Emmanuel Hirsch, avec des habitant·es qui étaient là pour en parler. Ils insistaient notamment sur le fait qu'il fallait arrêter la vente de sucreries mauvaises pour la santé à la sortie des caisses des magasins. Ainsi, l'une des propositions qui a été faite est que le ministère de la Santé interdise ces confiseries dans le commerce. Mais la réponse de l'ARS a été « *Non, cela relève du ministère du Commerce* ». En Belgique, le ministère de la Santé est intervenu pour interdire ces distributions des friandises très mauvaises pour la santé dont on devient vite « accro ». Quelque temps après, je leur en ai fait part, mais ils m'ont dit : « Oui, mais... ».

Comment des personnes qui peuvent être convaincues – en l'occurrence, des personnes à l'ARS relativement bien placées – arrivent-elles à faire



## RETOUR SUR...

JOURNÉE D'ÉTUDE

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

remonter des propositions et à se faire entendre ? Je trouve que c'est quelque chose de terrible.

**Didier Febvrel** : Laurent, sur cette question de la crise de la santé publique...

**Laurent El Ghozi** : Je crois qu'il faut distinguer deux choses : certes, la pandémie a mis en évidence des choses, mais c'est aussi le traitement de la pandémie, décidé par ce Gouvernement à ce moment-là, qui a rendu les choses plus aiguës. On a eu un traitement qui a été géré par le biomédical, par des médecins, des professeur·es, des hospitalier·ères, dans un groupe d'expert·es (le comité dit scientifique), en lien direct avec le Président, c'est-à-dire une autorité totalement descendante faisant fi de tout ce qui se passait entre les deux, et en particulier de ceux·celles qui étaient en capacité de mettre en œuvre des actions, éventuellement décidées avec pertinence ou non, par les expert·es. Dans l'ordre, je pense aux collectivités locales, à leurs élu·es, à leurs services, aux associations de territoire et aux citoyen·nes – dans l'ordre - c'est une question de taille et non de priorité - parce que si les trois ne fonctionnent pas ensemble, cela ne fonctionne pas. Nous avons donc eu une gestion particulière qui témoigne d'une idéologie particulière. Nous sommes bien dans une question fondamentalement politique. Nous sommes dans la politique néolibérale, du *new management* des politiques publiques où il faut des chiffres, des épidémiologistes, savoir combien de lits sont occupés – le reste étant extrêmement secondaire, pour ne pas dire absent.

Ce n'est donc pas un hasard si cela s'est fait comme cela. Comme tu l'as dit François, toutes les structures, les institutions, les corps intermédiaires qui auraient pu donner un avis, participer, être impliqués et être acteur·rices ont été court-circuité·es, au premier rang desquels les professionnel·les de santé qui ont été totalement exclu·es de la gestion de cette crise. Il y a donc d'abord un tissu qui n'existe pas. Pour moi, en France, il n'y a pas de structure de santé publique – Santé Publique France, c'est très bien, bien que je ne sois pas sûr que la fusion ait été un grand progrès. En tout cas, il n'y a pas d'instance chargée de conduire une politique de santé publique en France. Il n'y en a pas. Il y a des tas de choses, des ARS qui font de la santé publique, des professionnel·les qui font de la santé publique, des associations, des élu·es, etc. Plein de personnes font de la santé publique mais il n'y a pas de politique de santé publique. Il y a des plans, mais cela ne fait pas une politique.

Sur ce terrain, que l'on peut appeler « champ de ruines » ou non, la mise en place d'une politique descendante et néo-libérale a montré toutes ses



## RETOUR SUR...

JOURNÉE D'ÉTUDE

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

limites et a fait les catastrophes sur lesquelles je ne reviens pas, en particulier en termes d'iniquité et d'aggravation pour les populations les plus exclues. Je ne vais pas reprendre les tableaux de la Seine-Saint-Denis mais je peux vous donner les chiffres des gens du voyage : 42 % d'entre eux sont vaccinés. Ce n'est pas parce qu'ils sont sales, bêtes et méchants, mais juste parce que personne n'est allé les voir. Ils sont exclus par toute sorte de déterminants.

C'est stupéfiant de voir que l'on affiche encore aujourd'hui, dans les webinaires et dans les forums, le diagramme de Margaret Whitehead et Dahlgren – qui a 40 ans- et que l'on ait besoin de l'afficher parce que ce n'est pas entré dans la tête des décideur·euses. Si vous prenez l'ensemble des déterminants qui ont été évoqués (le logement, les ressources, l'école, la place dans le logement, etc.), vous vous apercevez que ce n'est pas le ministère qui peut le décider. Aucun ministère ne peut décider comment cela va se passer en Seine-Saint-Denis ou dans les bidonvilles. Ce sont bien les acteur·rices locaux·ales, les associations locales et les solidarités locales qui peuvent faire en sorte que l'on s'en occupe. Cela a été totalement occulté parce que l'on a un Gouvernement « jupiterien », en reprenant les termes médiatiques qui veulent dire ce que cela veut dire : « les chose se décident ». Cependant, sur l'Olympe, il y avait plein d'autres dieux qui mettaient des contrepoids, qui couchaient les un·es avec les autres, qui faisaient un peu de bazar, enfin qui faisaient de l'animation. Là, il n'y a pas cela. Il y a Jupiter, point. La première recommandation que nous pourrions faire est qu'il y ait d'autres dieux sur l'Olympe (*rires*) : le dieu du logement, le dieu des ressources, le dieu de l'agroalimentaire (qui ne s'occupera pas de l'agroalimentaire mais plutôt de la santé), etc.

Cette transversalité, qui a pu se mettre en place quelquefois au niveau territorial parce que les personnes se rencontrent, parce qu'elles savent qu'elles parlent de la même chose, parce qu'elles parlent de « la vie des gens » – pour reprendre le terme de ce matin – et pas simplement de leur absence de maladie. Si cette transversalité ne se met pas en place au niveau du Gouvernement – nous sommes bien sur une question fondamentalement politique qui est incompatible avec le néo-libéralisme –, alors nous continuerons à ramer et à dire : « *Les coordinatrices des CLS ne sont pas assez payées* ». C'est vraiment une conséquence ultime, le point de départ est dans la politique, alors quelle politique – au niveau des personnes et des actions – voulons-nous ?

**Didier Febvrel :** Comment se fait-il que l'on ait *squeezé* toutes ces structures d'expertise qui existent – encore que le Haut Conseil de la santé



## RETOUR SUR...

JOURNÉE D'ÉTUDE

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

publique ait été sollicité, mais de façon très technique ? En tout cas, il y avait des instances d'expertise. Pourquoi a-t-il fallu en créer d'autres ? Comment expliquez-vous cela ?

Autre question qui s'adresse à Bénédicte : Quid de ce dont nous avons parlé en atelier ce matin ? Quid des profanes et de l'expertise des personnes ?

**Laurent El Ghozi** : Sur la démocratie en santé, je faisais partie de la CRSAs (Conférence Régionale pour la Santé et l'Autonomie) d'Île-de-France et de sa commission permanente. Il a fallu que nous nous battions véritablement, que nous interpellions fortement le Directeur Général, qui est pourtant quelqu'un de sensé, sensible, intelligent et convaincu, pour qu'il se dise : « *Peut-être que les 100 membres de la CRSAs ont des idées, des opinions et des observations qui pourraient être utiles pour éclairer, améliorer et réorienter la politique que nous sommes en train de mettre en place* ». Je reconnaissais que les ARS ont dû travailler sous une contrainte considérable, avec un système de santé qui est déjà délabré, privatisé et amputé d'un certain nombre de ses moyens.

Cette réserve étant mise en place, le fait qu'il ne se soit pas adressé à ce que nous appelons le parlement de l'ARS pour lui demander : « *Qu'en pensez-vous ? Que feriez-vous ? Comment pouvez-vous nous aider ? Comment pouvez-vous mobiliser les représentant·es des professionnel·les, les représentant·es des élus, les représentant·es des associations de patient·es pour nous aider à faire face à cette histoire dramatique ?* ». Pourquoi cette méfiance par rapport aux corps intermédiaires ? Nous avons un pouvoir qui considère qu'il sait, et s'il ne sait pas, à qui s'adresse-t-il ? Aux expert·es. Les expert·es, dans ce champ, sont des expert·es biomédicaux·ales, ce sont des épidémiologistes, des professeur·es des services de réanimation qui disent : « *Attention, au-delà de tant de patient·es, je ne peux plus faire* ». Très bien, mais c'est le seul critère que l'on a retenu parce que ce sont les seules personnes à qui nous nous sommes adressés. Nous ne nous sommes pas adressés à des sociologues, à des psychologues, etc. Nous nous sommes encore moins adressés aux acteur·rices locaux·ales et aux citoyen·nes.

**Didier Febvre** : Ni à des géographes.

**Laurent El Ghozi** : Bien sûr, comment connaît-on un territoire si l'on ne fait pas appel à des géographes ?

C'était un premier élément de réponse ou de réflexion.



## RETOUR SUR...

JOURNÉE D'ÉTUDE

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

Après, pourquoi ces structures ne se sont-elles pas plus manifestées ? J'ai été extrêmement surpris de cela. Je prends l'exemple de l'Association des Maires de France. Pratiquement tou·tes les maires ont mis en place des dispositifs de distribution alimentaire, de masques, de vaccination, etc. Pratiquement toutes les villes d'une certaine importance l'ont fait, et même les petites. Pourquoi n'ont-elles pas obtenu l'oreille des décideur·euses nationaux·ales pour être prises en considération ? Quel est ce mépris de tout ce qui est en dessous de l'Élysée, Matignon, etc. ? Là encore, il y a quelque chose qui est de l'ordre du politique, de la représentation du pouvoir puisqu'il s'agit bien de questions de pouvoir. Comment partageons-nous le pouvoir de décision ? Comment partageons-nous le pouvoir de mise en œuvre ? Comment donnons-nous aux personnes – je pense à la CRSA mais pas seulement –, aux habitant·es et aux professionnel·les les éléments de connaissance qui leur permettent de décider de manière pertinente ? Pourquoi n'a-t-on pas fait de conférence nationale sur la Covid-19 ?

**Didier Febvrel :** Normalement, un·e vrai·e journaliste t'interrompt à ce moment-là...

**Bénédicte Madelin :** Les habitant·es ont des connaissances ; les maraudes ont d'abord été formées par des groupes de jeunes. Je pourrais donner plein d'exemples sur plein d'endroits. Je trouve que cette non prise en compte de la parole et des actions des habitant·es, c'est quand même une question fondamentale, parce qu'il y a plein de « vieux·ieilles » dans les quartiers qui n'auraient pas pu continuer de manger tous les jours si des jeunes ne s'étaient pas organisés pour aller faire leurs courses, leur apporter des choses, etc. Ce ne sont pas forcément les municipalités qui l'ont fait, ce sont souvent des initiatives des habitant·es, parfois soutenues par la Ville. Nous le voyons bien.

C'est du gâchis de penser que les habitant·es ne sont que récipiendaires des politiques publiques et non pas acteur·rices de ces politiques publiques. Il ne faut pas s'étonner de voir ensuite le taux d'absentéisme aux élections. C'est clair que le problème est bien évidemment politique. Dans le Tour de France, très peu d'habitant·es nous ont parlé du Covid-19. Quand ils et elles en ont parlé, c'était uniquement sur le discours contradictoire et autoritaire qui leur tombait sur la tête. En plus, ils·elles n'avaient même pas de médecin référent·e en qui ils·elles pouvaient avoir confiance pour leur dire : « *Oui, c'est bien* » ou « *Ce n'est pas bien* ». Et ils·elles devaient faire face à des messages contradictoires : « *Il faut se faire vacciner* », puis « *Non, ce n'est que pour les plus de tel âge* », etc.



## RETOUR SUR...

JOURNÉE D'ÉTUDE

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

Alors qu'étaient adressés ces messages contradictoires, les habitant·es ne sont pas restés inertes chacun chez soi. Pas du tout, ils ont agi au quotidien, ce qui ressort de façon très forte de ce Tour de France. Tou·tes disent leur admiration devant le personnel soignant. Il y a même un·e habitant·e qui a dit : « *Tout le produit des amendes pour non-respect des gestes barrières devrait être reversé en totalité à la santé publique* ».

Quand ils·elles parlent de santé publique, ils·elles n'en parlent pas forcément dans le même sens que toi. Ils·elles ont vraiment le sentiment que cela a été un *business*, un eldorado pour les laboratoires – vrai ou faux, je ne fais que porter leur parole, je ne l'interprète pas. Je trouve que c'est très intéressant de voir à quel point ils·elles sont soucieux·euses de la santé publique.

**Didier Febvre** : François, toi aussi tu as fait partie du Haut Conseil de la santé publique, pouvons-nous considérer que tu es un expert ou non ? De fait, as-tu été sollicité en tant qu'expert ? C'est une manière de te poser la question sur la question de l'expertise. Est-ce que l'on rattache cela uniquement à la crise ou est-ce aussi structurel depuis « avant » ? Comment cela peut-il changer « après » ?

**François Alla** : C'est complexe parce qu'il y a plusieurs éléments qui s'entrecroisent : les pouvoirs publics – c'est un choix de politique publique, un choix idéologique – ne voulaient pas faire confiance aux institutions, y compris les institutions d'expertise, d'où la création de « machins ». Et, quand les « machins » échappent, il y a un nouveau « machin », d'où l'utilisation des bureaux d'étude dont nous avons un peu parlé avant les élections présidentielles. Nous en avions parlé sans donner le fond. Derrière, quand on regarde les recommandations – entre autres de McKinsey, pour ne pas le citer – cela explique ou cela a contribué à expliquer un certain nombre de dérives.

Il n'y avait donc pas de confiance des pouvoirs publics envers l'expertise. Pour prendre l'exemple du Haut Conseil de santé publique, cela a été dit par son Président lors d'une audition parlementaire. Il aurait pu jouer son rôle, puisque, de par sa composition très diverse - regroupant des expertises de tous les champs (sciences humaines, cliniques dans d'autres domaines) -, il aurait pu être un très bel outil d'aide à la décision stratégique. Cependant, dès le début, c'est le côté technique qui a primé. La stratégie est décidée à l'Élysée et le Haut Conseil donne des avis techniques – c'est d'ailleurs un travail de Romain, d'expertise bénévole, en plus du travail pour les membres du Haut Conseil puisqu'une centaine d'avis ont été émis. Le travail de Romain se limite à la technique, il ne faut



## RETOUR SUR...

—

JOURNÉE D'ÉTUDE

-

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

surtout pas remettre en question les grandes décisions, les stratégies, etc. C'est vrai que c'est très frustrant en tant qu'expert·e.

Ensuite, dans ce contexte qui est très délétère pour tout le monde, « Nous sommes en guerre » avait été annoncé en mars 2020. Cependant, quand on est en guerre, il n'y a que deux camps : l'ami et l'ennemi. Personne, y compris dans la communauté de santé publique, n'osait poser trop de questions et remettre en question, parce que l'on avait peur de se retrouver dans le camp des « anti-machins » et « anti-trucs ». C'était extrêmement difficile d'avoir des positions nuancées.

Au Conseil, je me rappelle avoir dirigé l'un des tous premiers avis qui était en début de confinement sur la problématique des personnes en situation de précarité, et notamment des personnes sans domicile fixe en période de confinement. On les avait oubliées, parce que quand on décide au niveau national, c'est sûr que l'on oublie des situations particulières. Comment confiner à domicile des personnes qui n'ont pas de domicile ? Qu'est-ce que cela veut dire en termes de permanence, de nourriture, d'accompagnement, etc. ?

Bref, dans cet avis, j'ai eu le malheur de parler des masques, parce que cela fait partie des mesures de protection pour les personnel·les, les bénévoles, etc. Cela a été extrêmement complexe. Rappelez-vous, en mars 2020 : « *Le masque est inutile* ». Après, on n'était pas capable de le mettre, « *c'était trop technique* ». L'ennui est que nous avons tou·tes été complices de cela. L'été dernier, nous avons fait un grand combat académique, associatif et politique, en lien avec des parlementaires contre le pass sanitaire. Plein de collègues m'ont écrit et téléphoné pour me dire : « *Nous sommes sur ta ligne, mais tu comprends que je ne peux pas le dire publiquement* ».

Cette posture de guerre – c'est étonnant d'utiliser ce mot alors qu'il y a une vraie guerre sur notre continent, mais c'est le mot qui avait été employé à l'époque – a fait que tout le monde était tétanisé et avait peur de s'exprimer alors que rien n'empêchait les instances de démocratie en santé de s'autosaisir, rien ne les empêchait de se mobiliser. Cela a été extrêmement difficile, tout le monde était un peu tétanisé, sans compter que l'information était complexe. Nous avions beaucoup de données, mais peut-être trop, et nous n'étions pas organisés. Il est vrai que c'était une difficulté en santé publique – « santé publique » au sens large, dans la promotion de la santé. On ne peut pas dire que les sociétés savantes, ni les institutions, aient été extrêmement offensives.



## RETOUR SUR...

JOURNÉE D'ÉTUDE

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

Je reparlais tout à l'heure de la crise du VIH que l'on n'a pas eue et que l'on n'a pas aujourd'hui. Pourquoi ? Parce qu'il n'y a pas les organisations préexistantes, parce que ceux et celles qui souffrent le plus de la crise sont aussi les plus vulnérables et peut-être les moins organisés, en tout cas au niveau national pour porter une parole publique. Localement, comme vous l'avez souligné, il y a plein d'initiatives et d'organisations qui ont permis de compenser un certain nombre d'effets délétères. Cependant, on n'a pas cette organisation. Quand nous regardons collectivement notre prise de parole en deux ans, elle a été quasi-nulle. Je m'étais amusé à regarder les trente « expert·es » qui étaient le plus invités sur les plateaux de télévision pour parler de la crise. Sur les 30, il n'y en avait aucun en santé publique, ce n'étaient que des expert·es du biomédical. C'est important d'avoir l'expertise biomédicale, mais devant une crise aussi complexe, nous voyons que nous avons « tapé » à côté en la réduisant à un virus. On avait besoin de réanimateur·rices, et plus que jamais on avait besoin d'infectiologues, de modéliste·rices, de sociologues, de psychiatres, de médecins généralistes, d'assistant·es sociaux·ales, etc. Malheureusement, nous n'avons pas bénéficié de cette expertise plurielle, et nous en payons encore aujourd'hui les conséquences avec un suivi d'indicateurs monodimensionnels.

Mes collègues, par rapport aux mesures et au pass sanitaire, me disaient : « *Regarde les courbes d'hospitalisations en réanimation liées au Covid-19* », à quoi je leur répondais : « *Regardez les courbes d'hospitalisation en pédopsychiatrie* ». À une époque, il y avait plus de 200 % de saturation dans ma région. Si l'on avait eu cet indicateur, on n'aurait peut-être pas pris les mêmes décisions. C'est pour cette raison que l'on a besoin d'une expertise plurielle. Mon point de vue est celui de la santé publique et je comprends très bien que le réanimateur·rice aura un autre point de vue, que le médecin généraliste aura un troisième point de vue, et de même pour l'élue·local·e, le·la militant·e associatif·ve, etc. C'est en croisant ces points de vue que l'on arrive à résoudre ensemble une situation complexe, mais on n'a pas réussi à le faire. Les pouvoirs publics ont évidemment tout fait pour qu'on ne le fasse pas, pour que l'on ne s'organise pas, pour que l'on ne puisse pas avoir des initiatives ou pour tuer les initiatives quand elles étaient sur le terrain.

Heureusement, il y a eu beaucoup de désobéissance sur le terrain, aussi en milieu de soin. Pour vous donner un exemple dans ma région, comme partout en France, les maternités avaient reçu l'instruction d'interdire aux pères de venir à la maternité, mais elles ont toutes désobéi, et heureusement. Je pense donc qu'il y a cette grande richesse de terrain mais on n'a pas encore su la transformer en pouvoir politique ou en



## RETOUR SUR...

JOURNÉE D'ÉTUDE

WORK IN PROGRESS !  
L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

capacité d'appuyer et d'influer sur la décision de communiquer. En effet, si je dis que la presse n'invite que les trente mêmes que vous avez beaucoup vus, c'est parce qu'elle ne sait peut-être pas qu'il y a une autre façon d'envisager les choses ou, en tout cas, elle n'a pas fait l'effort d'aller savoir. Je pense que notre rôle est d'essayer. Il est très important que des associations ou des organisations telles que la vôtre construisent et puissent être force de proposition.

**Didier Febvre** : J'entends ce que vous dites sur le pass sanitaire/vaccinal mais je me dis qu'il n'y avait pas d'autre solution. Ça a été un sujet de débat épouvantable, on s'est interdit des discussions en famille ou entre ami·es, on s'est même disputés.

**Bénédicte Madelin** : C'est normal, tu sais bien que l'on ne parle pas de politique en famille, c'est la même chose. On ne parle pas de politique en famille, ni de Covid-19 en famille.

**François Alla** : C'est un signe des fractures que je citais tout à l'heure, qui traversaient aussi les familles. Au-delà de cela, le pass est vraiment un outil et un symbole pour moi de ce que nous disions tout à l'heure, sur la santé individualiste atomisée. Si l'on considère que chacun·e est responsable de sa propre santé, on l'informe et s'il·elle ne le fait pas, on le·la punit ou on le·la constraint, soit par des méthodes dites douces (*nudge* et autres outils issus de l'économie comportementale), soit par des contraintes un peu plus fortes (sociales, pécuniaires, etc.). On est allé très loin dans la crise : est-ce que vous vous rappelez la campagne qui avait été lancée par le ministère de la Santé pour la vaccination des adolescents l'été dernier ? C'était une campagne que le ministère avait fait en partenariat avec une radio (Skyrock, pour ne pas la citer). Dans cette campagne, on voyait deux adolescents qui discutaient ; l'un disait : « *Je ne suis pas vacciné* » ou « *Je suis antivax* » et l'autre lui répondait : « *Non, tu es pro-virus* ». Si l'on n'est pas vacciné, cela veut dire que l'on est pour le virus, donc dans le camp des ennemis. La conclusion était, dans les réseaux sociaux : « *Mentionne un·e ami·e pro-virus* », ce qui sous-entend : « *Fais du cyber-harcèlement* ». En termes de levier de changement de comportement, c'est efficace, c'est de la pression sociale, de la violence sociale, surtout quand on connaît les conséquences du cyber-harcèlement chez les adolescent·es. Cela montre que l'on est vraiment au-delà du pass comme outil, on est vraiment dans une idéologie qui considère que les personnes sont des personnes immatures, qui ne sont pas capables de prendre les bonnes décisions, que ce soit à l'échelle individuelle ou à l'échelle collective. De fait, il faut leur donner les bonnes décisions à



## RETOUR SUR...

JOURNÉE D'ÉTUDE

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

prendre et si elles ne les prennent pas, on leur tape sur les doigts. C'est cela, le principe sous-jacent...

**Didier Febvrel** : En plus, la décision met du temps. Le pass sanitaire ne me posait pas de problème au début, mais au fur et à mesure des discussions, des lectures, etc., on finit par changer d'avis. Prendre une décision met un peu de temps, on ne la prend pas du jour au lendemain. La deuxième chose est que le confinement a fait découvrir, pas aux personnes qui avaient des logements « pourris », mais à des personnes comme moi par exemple, que c'est bien de vivre dans une ville où il n'y a pas de bruit, ni de voiture, où l'on entend les oiseaux chanter, où l'on respire, où un cerf passe... J'exagère, aucun cerf n'est passé à Marseille. Il y avait ce côté, mais après on réfléchit et l'on se dit : « On aurait pu l'éviter ».

**Bénédicte Madelin** : Relisez la très belle lettre d'Ariane Mnouchkine sur le confinement, elle disait tout dedans.

**Un intervenant** : Oui, parce que beaucoup de personnes ont été cassées. Depuis tout à l'heure, avec François et Bénédicte, j'entends la notion de « solitude ». On a rendu les personnes individuelles, responsables de tout, alors qu'elles n'étaient rien. Une chose m'a frappé : à Montreuil, un jour au marché, un policier est passé et a sanctionné une personne parce qu'elle n'avait pas le droit de sortir. Elle venait manger parce qu'elle n'avait pas de quoi se nourrir, elle venait ramasser les restes. C'est ça, la vie ? Est-ce la culpabilité ? C'est inenfondable aujourd'hui. Je suis choqué, Didier, parce que l'on voit le monde là où l'on est. Nous sommes bien assis, nous sommes bien au chaud donc tout va bien mais non, ce n'est pas vrai. Plus de 80 % des personnes vivent dans la « merde » et il faut le savoir. Cela ne veut pas forcément dire « pécuniaire », mais de maladie, etc.

Ce que j'entends dans la reconstruction évoquée par François et Bénédicte, c'est la notion de « *comment peut-on reconstruire ?* ». On fait un état des lieux, selon lequel tout a mal fonctionné. On parle de situation de guerre, en employant le mot « guerre », mais que s'est-il passé ? Dans la guerre, on va chercher tou·tes les blessé·es et on va les faire soigner, mais là, on n'a pas soigné les personnes qui mouraient chez elles. Aujourd'hui, quand on regarde les chiffres, on n'a que les chiffres officiels des personnes qui sont mortes dans les EHPAD et dans les établissements, mais en ville, il n'y a personne. On ne pourra jamais les donner, ce qui est inadmissible.



## RETOUR SUR...

---

JOURNÉE D'ÉTUDE

-

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

**Bénédicte Madelin** : Ce que tu es en train de dire me rappelle une personne que je connais qui habite à Amiens et qui disait : « *Depuis le confinement, on ne peut plus dormir tranquille, parce que l'on entend régulièrement une ambulance et l'on sait que c'est quelqu'un qui est en train de mourir* ». Elle habite dans les quartiers nord d'Amiens, à Étouvy, et dit : « *Avant, jamais cela n'arrivait. Aujourd'hui, dès que l'on entend les pompiers arriver, on est tou·tes à nos fenêtres* ». Dès qu'une ambulance ou le SAMU arrive, c'est quelqu'un qui part à l'hôpital. Ce sont des réalités.

Je renvoyais à la lettre d'Ariane Mnouchkine, parce qu'elle dit que les inégalités quotidiennes, suite au confinement, ont complètement explosé. Quand on accusait les jeunes de sortir de chez eux·elles, les parents disaient : « *Comment pouvez-vous garder votre gamin qui a 14, 15 ou 16 ans toute la journée à la maison, si l'on n'a pas les moyens d'acheter des sucreries pour qu'ils·elles aient au moins le sentiment que l'on s'occupe d'eux·elles ?* ». On a eu de nombreux témoignages de ce genre. Une autre personne à Creil me disait : « *Être à cinq dans un F2 ou F3, c'est jouable parce que le mari va travailler et les enfants sont à l'école, donc c'est moi qui suis là toute la journée. Cependant, quand on est enfermé à cinq dans cet espace-là, cela « pète » dans tous les sens* ». Ces petites réalités très ordinaires ont fait la vie quotidienne d'au moins 10 millions d'habitant·es.

**Didier Febvrel** : Cela fait des années que l'on dit qu'il faut mesurer les décisions de politique publique à l'aune de la santé et à l'aune de la réduction - ou non -, de l'aggravation - ou non - des inégalités sociales et territoriales de santé. Le rapport de Thierry Lang dit des choses. Pourquoi cela ne s'est-il pas passé ?

**Bénédicte Madelin** : Comme je le disais tout à l'heure, quand les personnes choisissaient la santé comme première préoccupation, c'étaient soit des problèmes d'accès au soin, soit concernant les personnes handicapées – elles en parlaient souvent. Par contre, quand elles parlent de logement, elles montrent que beaucoup de problèmes de santé s'aggravent avec les conditions de logement : « *Je suis obligé d'avoir un suivi médical à Pau, parce qu'il n'y a plus rien à Tarbes, mais je n'ai pas de moyen de transport pour aller jusqu'à Pau* ». Ce sont des choses écrites que nous reprenons. Je peux prendre plein d'autres situations : les conditions de logement à Marseille explosent (rats, cafards, punaises, etc.). C'est hallucinant, on voit vraiment des choses excessivement dures. Les personnes parlent aussi des espaces extérieurs qui sont sales et à l'abandon. À Cognac, même si l'on n'en a pas l'impression, il y a aussi un quartier politique. Les personnes disent que, pendant tout le temps du confinement, les poubelles n'ont pas été ramassées. Ce sont des réalités



## RETOUR SUR...

—

JOURNÉE D'ÉTUDE

—

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

très bêtes, mais c'est la vie ordinaire, avec un sentiment d'une vraie injustice par rapport aux quartiers nantis – les personnes ne disent pas toujours « nantis », mais peuvent dire « les personnes plus aisées » –, dans les quartiers qui ont eu une surveillance policière un peu plus forte que dans les centres-villes. Cela ressort de manière très forte.

**Didier Febvrel** : Nous allons peut-être revenir sur deux points. Dans un autre livre, écrit entre autres par Henri Bergeron, qui est un sociologue tout à fait intéressant à lire, il est pointé que la « *coopération et la coordination demeurent le maillon faible – le peu-pensé – des dispositifs organisationnels, en particulier en charge de la préparation et de la gestion des situations de crise* », en soulignant que « *le pouvoir est un déterminant majeur de la coopération* ». Vous avez parlé de la mobilisation des habitant·es, des associations, parfois individuelles et organisées. Certes, tu vas me dire la même chose : « *Les Agences Régionales de Santé ont fait ce qu'elles ont pu avec les moyens qu'on leur a donnés* », ce qui est sûr. À un moment donné, on s'est tourné vers les collectivités territoriales pour leur dire : « *Il va falloir que vous mettiez en place cela, cela et cela* ». De fait, cela interpelle la gouvernance locale, la gouvernance partagée et le rôle des collectivités territoriales qui ont été un peu oubliées – il y a aussi la médecine générale, pour laquelle cela a été majeur.

**Laurent El Ghozi** : Comme cela a été dit, ce Gouvernement a décidé qu'il savait, avec les expert·es biomédicaux·ales...

**Didier Febvrel** : Financé·es par la DGS...

**Laurent El Ghozi** : Oui, mais la DGS n'est justement pas la DGOS. Si la DGS avait le pouvoir, ce serait mieux, ou moins mal. En tout cas, ce pouvoir a décidé d'une politique descendante, uniforme sur tout le territoire et aveugle sur de nombreux points, en particulier sur tout ce qui était un peu différent, difficile, caché, etc. Comment les collectivités locales (Communes ou Intercommunalités) ont-elles été sollicitées ? Précisément par les habitant·es et par la réalité. Eux·elles, ne sont pas Avenue de Ségur ou à l'Élysée, mais au contact des marchés, des habitant·es, des personnes qui n'ont plus rien à manger et qui viennent à la mairie. Quand des personnes se posent une question dans une commune, si elle fonctionne à peu près normalement, que font-elles ? Elles vont à la mairie et disent : « *Je n'ai plus rien à manger* » ou « *Je ne peux pas me loger* ».

Les élu·es sont confronté·es à cela. Même si je crois que le Gouvernement a attendu le mois de juin pour rencontrer les représentant·es des



## RETOUR SUR... —

JOURNÉE D'ÉTUDE

-

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

collectivités locales – ils·elles étaient trié·es sur le volet : une vingtaine d'élu·es choisi·es – on ne sait pas très bien comment – ont eu la joie de rencontrer le Président et son Premier ministre, mais cela était trois mois plus tard. Les élu·es n'ont pas attendu pour essayer d'apporter des réponses avec les outils qui étaient les leurs (le CCAS, le soutien aux associations, la distribution de produits de prévention comme les masques et le gel, en particulier auprès des populations qui n'y avaient pas accès pour des raisons diverses, mais surtout pour des raisons de précarité). Après cela, ils·elles se sont demandé ce qu'ils pouvaient faire.

Dans tous les départements de ce pays, ce qui est fou est qu'il y a des « plans blancs », des « plans rouges », des plans de prévention des inondations ou des catastrophes naturelles. C'est organisé : le·la Préfet·e est chef·fe de file au niveau du Département, les collectivités locales savent qu'elles ont un certain nombre de choses à faire – c'est ce que l'on a mis en place pour la vaccination contre le H1N1. On peut s'interroger sur l'intérêt de la vaccination contre le H1N1 et la manière dont cela a été fait, mais les collectivités locales ont été mobilisées, d'emblée, dans le cadre des « plans blancs », par le Gouvernement et les Préfet·es pour mettre en place des dispositifs. Mais là, rien. De fait, elles se sont débrouillées comme elles ont pu en fonction des services qui existaient ou qui n'existaient pas, en essayant de tenir compte de la diversité de leur population, en fonction des valeurs qui étaient les leurs. Cependant, elles n'ont pas toutes des services de santé, ni la possibilité des Ateliers Santé Ville, des contrats de ville, des acteur·rices locaux·ales, ni la connaissance des acteur·rices locaux·ales – tu évoquais les professionnel·les libéraux·ales du soin. Celles qui avaient la connaissance ont pu mettre en place très vite un certain nombre de dispositifs de protection (plus que de prévention), puis d'accompagnement (pas simplement sanitaire, mais aussi alimentaire ou financier). Les Villes ont dépensé beaucoup d'argent en soutiens divers pour que les habitant·es en difficulté, en particulier des quartiers défavorisés, puissent continuer de vivre ou de survivre. Cependant, cela ne fait pas une organisation et cela ne fait pas une structuration de la santé publique ; cela fait des actions ponctuelles dont on a vu à l'évidence qu'un certain nombre de choses fonctionnent et pour lesquelles on sait comment il faut faire.

On a donc eu la preuve que cela a fonctionné, mais pour autant, il faut que soit inscrit, aux niveaux national et gouvernemental (dans la loi), qu'il y a des responsabilités partagées. En situation de crise, mais aussi en situation normale, la prévention, l'action sur les déterminants, la lutte contre les inégalités, l'évaluation de l'impact en santé dans toutes les politiques se font certes au niveau du Gouvernement, donc il faut de



## RETOUR SUR... —

JOURNÉE D'ÉTUDE

-  
WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

l'interministérialité extrêmement forte au niveau du Gouvernement – dans le groupe miroir, ils ont réclamé un·e délégué·e interministériel·le auprès du Premier ministre – pour que ce soit entendu, mais il faut aussi agir au niveau local, pour que les choses se mettent en place dans la transversalité. Encore une fois, nous avons besoin des travailleur·euses sociaux·ales, des psychologues et des distributeurs alimentaires pour que les personnes puissent continuer à vivre d'une part et, d'autre part, pour que l'on puisse améliorer la santé de tou·tes et réduire les inégalités. Cela ne peut pas se faire autrement que par la mobilisation de l'ensemble des acteur·rices locaux·ales, y compris les habitant·es.

En dernier point, une chose a avancé de ce point de vue-là : aujourd'hui, les collectivités locales, dans le cadre de la loi 3DS (Différenciation, Décentralisation, Déconcentration et Simplification), sont reconnues comme acteur·rices de plein exercice, ce qui est nouveau. Cela permet qu'elles soient, peut-être à l'avenir, un peu plus sollicitées, associées et co-déicideuses.

**Didier Febvrel** : À la nuance près que les élu·es se sont effectivement mobilisé·es en période de crise mais après cela, quand la situation va redevenir normale, l'élu·e à la Santé n'est pas toujours le·la mieux placé·e...

**Laurent El Ghozi** : En général, c'est presque toujours un·e élu·e minoritaire de la majorité, mais ce n'est pas grave, on peut avoir du pouvoir même si l'on est minoritaire – enfin, je l'espère. Les élu·es auront appris quelque chose. Non seulement ils·elles auront appris, mais également les ARS auront appris qu'elles ne peuvent pas faire sans les collectivités locales. Les élu·es auront appris qu'ils·elles ont un pouvoir d'agir et les habitant·es auront appris qu'ils·elles peuvent dire les choses, qu'ils·elles sont concerné·es et qu'ils·elles peuvent le dire. Quand un·e habitant·e ou un groupe d'habitant·es va tirer la veste du médecin en lui disant : « *Que faites-vous dans ce quartier qui est pourri où l'on ne ramasse pas les ordures ?* » ou « *Que faites-vous pour que l'on puisse manger normalement tous les jours ?* », l'élu·e se saisit de cela ; même si ce n'est pas sous l'étiquette « santé », il sait que c'est un déterminant.

Cette conviction que des déterminants sociaux de la santé sont largement aussi importants, sinon bien plus importants, que ce qu'il se passe en réanimation, il me semble que c'est une idée qui percole. Maintenant, c'est peut-être une utopie.



## RETOUR SUR...

---

JOURNÉE D'ÉTUDE

-  
WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

La rapport du club de Rome, *Changer ou disparaître*, a 50 ans disait : « *Si l'on continue la politique, la consommation, le mode de vie actuelle, la vie humaine disparaîtra* ». Pourquoi faut-il aussi longtemps pour que Greta Thunberg vienne tirer la barbe des décideurs mâles dominants ? Qu'est-ce qui fait que, à un moment, cela percole ? Quand je dis : « Il me semble que la notion de déterminants, d'inégalité sociale et de santé doit entrer dans la tête d'un certain nombre de décideur·euses, de politiques, d'acteur·rices et d'habitant·es », il y a peut-être un déclic et la pandémie y aura contribué, mais c'est peut-être optimiste.

**Didier Febvrel** : On va venir à la dernière séquence, et après on vous donnera la parole.

C'est presque récemment que j'ai découvert « One Health », alors que cela date d'un petit bout de temps. De fait, les déterminants datent aussi d'un petit bout de temps.

**Bénédicte Madelin** : Juste une chose. Tu as employé un mot savant « One Health », je suis désolée, je ne suis pas une spécialiste.

Dans l'atelier où j'étais ce matin, nous avons dit que l'une des conditions pour pouvoir se comprendre était déjà de parler en français. En plus, j'ai envie d'ajouter que les décideur·euses devraient, de temps en temps, avoir des oreilles, de grandes oreilles. Il y a plein de choses qui se disent, quelquefois à bas bruit – c'est une belle expression –, sauf que ce n'est pas entendu et ils·elles ne veulent pas l'entendre. Le rôle de « Pas sans Nous » est d'être mégaphone et de hurler. Une réforme de la politique de la Ville est en cours, à laquelle nous étions plus ou moins associés. Frédéric Vigouroux, le maire de Miramas, a dit : « *Finalement, je n'entends personne qui hurle* – tout était en visioconférence – donc nous sommes tous d'accord pour... » et à ce moment, j'ai hurlé – vraiment hurlé – et quelques personnes m'ont soutenu. C'était impossible, ils·elles n'entendent pas alors que l'on était déjà intervenu avant, sur cette question.

Comment entendez-vous la parole des habitant·es ? Comment la prenez-vous en compte ? C'est aussi cela, la question des politiques publiques en général, et de la santé en particulier – puisque nous sommes à Fabrique Territoires Santé. C'est aussi pour cette raison que l'on n'a parfois pas envie d'entendre les habitant·es, quand on est un·e décideur·euse, parce que la somme des problèmes est particulièrement importante.

**Didier Febvrel** : Je trouve que la réflexion de Laurent Chambaud qui dit : « *Vous êtes jargonneux* » ne me convient pas. Il a dit, dans un webinaire :



## RETOUR SUR...

JOURNÉE D'ÉTUDE

-  
WORK IN PROGRESS !  
L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

« *On ne comprend pas quand vous parlez de déterminants, d'une seule santé, etc.* ». Cela ne suffit pas, ce n'est pas vrai. À chaque fois que nous parlons de déterminants, nous expliquons ce que c'est. Là, tout le monde le comprend.

**Bénédicte Madelin** : Je ne disais pas cela, mais il est vrai que les habitant·es ne parlent pas de déterminants.

**Didier Febvre** : Ils·elles parlent de logement, d'éducation, etc.

**Bénédicte Madelin** : Bien manger est un facteur important de la santé. On nous dit qu'il faudrait acheter bio, mais on n'en a pas les moyens. Ils·elles en parlent, tout bêtement.

**François Alla** : Nous sommes complètement en phase. Il y a encore un peu de plaidoyer à faire. Il n'y a pas très longtemps, le maire d'une grande ville m'a sollicité en me disant : « *Je veux m'investir en santé* », ce qui est très bien. « *On va envoyer nos équipes dans les écoles, faut-il que nous fassions de la nutrition ou du tabac ?* ». En tant qu'élue d'une grande ville, vous produisez de la santé par la politique de logement, par l'urbanisme, les espaces verts, la culture, le transport, etc. Tout cela est de la santé. Il était tout content, il ne le savait pas, parce qu'il n'avait pas de bilan dans ces domaines.

Je pense qu'il y a donc encore un peu de travail à faire, parce que nous sommes très imprégnés du modèle biomédical en France : « *la santé, c'est le médecin avec sa blouse blanche et son stéthoscope autour du cou* ». Il y a un frémissement, nous sentons que cela bouge sur le terrain. Au niveau national, il faut dire les choses : outre le côté idéologique dont nous avons parlé tout à l'heure, il y a aussi des conflits d'intérêt majeurs – ce que nous appelons, à l'international, les déterminants commerciaux de la santé. Il est effectivement plus facile de dire : « *Mangez cinq fruits et légumes* », que de modifier la qualité nutritionnelle des aliments. Il est plus facile de dire « *Fermez les fenêtres quand il y a des épandages de pesticides* », que d'interdire les pesticides dangereux pour la santé ». Il est plus facile de dire : « *Repérons et prenons en charge les personnes qui ont des troubles psychosociaux au travail* », que de revoir les managements et les organisations de travail, etc.

En France, on a du mal à poser ces choses et à les dire, y compris sur le plan scientifique. Dans la littérature internationale, il y a plein d'articles à ce sujet, alors qu'en France, nous avons du mal à poser ces questions sur les conditions de travail, la façon dont l'école traite les enfants,



## RETOUR SUR...

JOURNÉE D'ÉTUDE

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

l'environnement (au sens de la qualité de l'air et de l'eau), etc. Derrière, il y a d'autres intérêts que les intérêts pour la santé et ils se sont mis derrière. Nous sommes très loin de la santé dans toutes les politiques, c'est plutôt l'inverse. C'est plutôt le·la pauvre ministre de la Santé qui n'ose pas lever le doigt face au ministre des Transports. La responsabilité individuelle est aussi un argument commercial, j'ai vu cela avec l'industrie agroalimentaire pendant des années : « *Chacun·e fait son choix, on informe, donc je ne vois pas pourquoi il faut créer une norme X ou Y* ». On a du mal à poser cela en France et à l'afficher. On a du mal à le dire et à argumenter sur ces sujets, alors que c'est essentiel. Tant que nous n'arriverons pas à affronter ces déterminants commerciaux au sein des déterminants structuraux, nous n'arriverons pas à avoir de politiques saines dans tous les domaines.

Il y a donc cet aspect « local » où les collectivités territoriales pratiquent une intégration de politiques publiques saines avec les moyens du bord, mais au niveau national, il y a besoin de ce travail de norme, de régulation, de protection de la santé des personnes – je ne parle pas uniquement des normes en termes chimiques. Comment l'école, aujourd'hui, favorise-t-elle le bien-être des enfants ou non ? Comment les organisations de travail, y compris en milieu hospitalier, favorise-t-elle le bien-être des salarié·es ? On a du mal à poser ces questions en France et c'est là-dessus que l'on a besoin de faire du plaidoyer.

**Laurent El Ghozi :** Deux ou trois remarques. La première va dans le sens de ce que tu viens de dire, quand la précédente ministre de la Santé s'est battue pour imposer le Nutriscore. Cela a été une bataille homérique avec l'agroalimentaire et la grande distribution. Elle a réussi à le faire *a minima* – l'ambition était plus grande – et aujourd'hui, il y a le Nutriscore, que l'Europe va peut-être adopter. Cela montre deux choses : premièrement, qu'il y a des lobbies extrêmement puissants, bien plus puissants que la santé des habitant·es ou la parole des habitant·es, qui s'opposent à ce que l'on mette en place le Nutriscore. Mettre « A », « B », « C » ou « D », c'est quand même modeste mais tout le monde ne le fait pas, parce que ce n'est pas obligatoire. Cependant, on voit que cela a pu être mis en place, que l'Europe va peut-être le mettre en place et que cela deviendra obligatoire.

Deuxièmement, concernant le glyphosate, nous reculons sur toute la ligne. Le lobby des alcooliers recule sur toute la ligne. Si nous n'avons pas conscience que la bataille est politique avec des lobbies extrêmement puissants – tu parlais du lobby du tabac... –, on continuera dans notre coin à essayer de faire des trucs, à bricoler, à se dire : « *On est content, on a réussi à mobiliser quatre habitant·es pour parler des questions de santé* ». Cela ne suffit



## RETOUR SUR...

JOURNÉE D'ÉTUDE

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

pas, la question est politique. Comment, vous tou·tes, demain, allez-vous interroger vos futur·es candidat·es député·es ?

Ma deuxième remarque concerne le groupe miroir. Le Président a demandé à Franck Chauvin de réfléchir sur l'avenir de la santé publique. Le constat de la mission Chauvin n'est pas très loin du nôtre, ses recommandations sont « tièdes », elles ne vont pas changer grand-chose. De fait, Franck Chauvin, dont la composition du groupe avait été imposée par le Gouvernement – pour le dire d'une manière pudique, il n'a pas eu le choix de choisir ses propres expert·es –, a dit : « *Je vais demander à Linda Cambon (qui est sociologue, et non épidémiologiste, ni médecin. Elle ne connaît rien à la santé, puisqu'elle n'est pas médecin !) de constituer un groupe d'expert·es informel* ». Il y avait donc deux élus, un chercheur au CNRS, un sociologue, un généraliste très impliqué en Seine-Saint-Denis, etc. pour l'aider à réfléchir et essayer de faire des contre-propositions. Nous avons donc écrit un texte que nous avons publié, qui va dans le sens de ce que je raconte, qui insiste beaucoup sur la nécessité de prendre en considération les causes non sanitaires, structurelles et sociales de la santé, bien plus que ce qui est promu par le modèle biomédical.

Il me semble que la question fondamentale est : « *Comment fait-on pour que les décideur·euses et les député·es que nous allons élire dans trois semaines ou un mois aient conscience des positions du groupe miroir, de celles de François Alla, de la parole des usager·ères qui disent que « la santé est leur troisième préoccupation ; la quatrième étant les discriminations et les deux premières étant la manière de vivre » ?* Il faut les inonder. En 2017, nous avions fait une coalition avec l'ensemble des acteur·rices de la santé publique et de la promotion de la santé, dont un certain nombre sont présent·es ici, pour interroger les candidat·es aux élections présidentielles.

**Didier Febvre** : Cela est en train de se faire.

**Laurent El Ghozi** : Ce sont eux·elles qui vont décider.

**Bénédicte Madelin** : Nous allons aussi inonder les candidat·es aux élections législatives, donc faites passer à Lilia, si elle est d'accord et je pense qu'elle le sera – la connaissant un peu –, le nom de vos candidat·es, parce que nous allons envoyer à la Ville et à la circonscription le nom des candidat·es. Nous prenons de l'extrême gauche, si cela existe encore, à LREM, que nous n'allons pas exclure. Ainsi, n'hésitez pas à envoyer le nom des candidat·es.



## RETOUR SUR...

JOURNÉE D'ÉTUDE

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

**Gwendal Bars** : Je travaille à l'ARS, à 10 minutes à pied d'ici, en Île-de-France. Je vais faire « miroir » sur beaucoup de choses qui ont été dites par rapport à la gestion de la crise sanitaire, par rapport à ce que cela dit sur le système de santé publique. Cela m'évoque une remarque sous forme de témoignage sur la campagne de vaccination anti-Covid-19. J'ai justement été mobilisé à ce sujet, la question « d'aller vers ». C'est le moment où nous nous sommes rendu compte, une nouvelle fois, que nous devons faire de « l'aller vers », que nous devons aller sur le terrain. Cependant, nous ne pouvons pas le faire nous-mêmes, puisque nous sommes une ARS, et nous avons des outils qui sont des outils de gestion. Qui étaient nos interlocuteur·rices ? En l'occurrence, cela a été les coordinateur·rices de CLS, les associations et un peu les hôpitaux mais qui étaient déjà bien occupés ailleurs – en Île-de-France, c'était marginal, avec quelques services « pass » ici ou là. La plus grande partie des actions « d'aller vers » sur la vaccination anti-Covid-19 que nous avons pu mener – en Île-de-France, nous en avons mené un certain nombre, ce qui n'est pas forcément le cas dans toutes les régions – l'a été avec les collectivités principalement. Cela pose la question que posait Laurent El Ghozi tout à l'heure : comment travaillons-nous entre services (ou opérateurs) de l'État et collectivités pour produire de la santé publique ?

Nous avons aussi vu que, sur la mise en place des centres de vaccination – quoi que l'on pense de la pertinence de mettre en place des centres de vaccination, ce qui est un autre débat – que là où ils se sont montés vite – quand l'ordre est tombé de la parole présidentielle le 2 janvier - c'est là où l'on avait déjà des CLS et des CPTS à peu près constitués. C'est là où le réseau d'acteur·rices avait été travaillé depuis des années, où il y avait des habitudes de travail, y compris avec nous à l'ARS. C'est là que cela a pu s'enclencher assez vite, de manière plutôt cohérente. En tout cas, nous avons pu produire quelque chose. De notre point de vue, cela a été assez frappant. Il n'y avait rien de nouveau mais c'était particulièrement visible du point de vue de l'Administration à ce moment-là. Tout l'investissement que nous avions pu mettre en Île-de-France, notamment dans les CLS, les CLSM et un peu les CPTS, nous l'avons vu avec une efficacité nouvelle à ce moment-là.

Voilà, c'était un petit retour d'expérience de l'autre côté du miroir.

**Didier Febrel** : Arnaud, vous prenez le micro pour dire ce que vous voulez et vous pouvez avoir le courage de ne pas être d'accord avec ce qu'ils·elles disent éventuellement.



## RETOUR SUR...

JOURNÉE D'ÉTUDE

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

**Arnaud Wiehn** : Je voudrais juste rebondir sur ce qui vient d'être dit, cela y fait écho et en prend le contre-pied. Nous avions lancé un petit sondage auprès des coordinateur·rices (CLS et CLSM notamment) à l'échelle nationale, que j'avais relayé en Nouvelle-Aquitaine, pour savoir à quel point, sous quelle forme et sous quelles attentes, ils·elles avaient été sollicité·es par les pouvoirs publics, dans le cadre de la gestion de la crise. Cela devait être en septembre, au début de la crise. Nous nous sommes rendu compte qu'ils·elles n'avaient presque pas du tout été associé·es aux cellules de crise ; des élu·es l'avaient été mais on avait complètement oublié qu'il y avait un dispositif et un·e coordinateur·rice. Par contre, pour la mise en œuvre de ce qui avait été décidé, il n'y avait pas le choix, il fallait faire appel aux coordinateur·rices. Cependant, en amont, même dans la lecture et l'analyse de la situation, il n'y a pas de coordinateur·rice ni de dispositif. Je me suis retrouvé à soutenir la coordinatrice du contrat local de santé de la métropole bordelaise. Ils avaient sollicité des élu·es et des services d'hygiène et salubrité mais qui ne connaissaient rien du terrain. Ils avaient un contrat local de santé, qu'ils ont sollicité juste pour rédiger l'arrêté de la métropole pour payer les masques. Ainsi, c'est très ambigu et je comprends bien que vos services aient travaillé en bonne intelligence. En plus, vous vous connaissiez.

**Gwendal Bars** : C'est un complément mais c'est intéressant. Je demandais quand avait été passé le questionnaire parce que nous avions fait le constat, après la première vague, que les coordinateur·rices avaient été mis·es de côté et que nous ne les avions pas sollicité·es nous-mêmes pendant la première vague. Tout ce que je raconte est à partir de la deuxième vague. C'était tellement compliqué de les remettre dans le film, que nous avons adressé, DG d'ARS et Préfets de chaque département, un courrier aux maires des communes signataires de CLS qui avaient un CLSM, leur disant : « *N'oubliez pas que vous avez des coordinateur·rices locaux·ales de santé qui connaissent très bien leur territoire, les acteur·rices associatifs, etc. et que c'est une richesse pour contribuer à minimiser le désastre* ». Nous avions fait ce constat après la première vague – il est d'ailleurs probable que des personnes présentes dans la salle avaient participé au constat. Cela était ressorti et c'était plus que dommage.

**Catherine Richard** : Je suis membre de la Fabrique Territoires Santé. Je suis contente que Laurent rappelle que nous sommes à la veille des élections législatives, pour donner des éléments fondateurs pour changer la donne par rapport aux éléments critiques que vous avez eus sur ce que nous avons vécu. Par rapport à ce que vient de dire le Monsieur de l'ARS, j'ai plusieurs questions :



## RETOUR SUR...

—

JOURNÉE D'ÉTUDE

-

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

Premièrement, comment faites-vous remonter aux instances l'intérêt des CLS, puisque c'est un appui pour vous comme opérateur de vos politiques ? Combien de CLS y a-t-il en Île-de-France, par rapport au nombre de villes en quartiers politiques de la Ville ?

Deuxièmement, comment soutenez-vous les CLS, en termes d'outils ou d'appuis, pour les aider à travailler et s'assurer qu'ils travaillent pour les quartiers de la politique de la Ville, pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ?

**Fanny P stant :** Je travaille pour le centre ressources des CLSM au niveau national. Notre mission principale est d'accompagner le déploiement des CLSM et d'animer le réseau des coordinateur·rices. Je salue aussi la fin de l'intervention qui a rappelé qu'il y avait bientôt des élections et que vous alliez inonder les député·es de propositions pour faire monter la thématique de santé publique.

Allez-vous inonder en tant que Fabrique Territoires Santé ? Dans quelle mesure est-ce que vous nous accompagnez sur le terrain à inonder nous-mêmes ? Comment nous appuyons-nous nous-mêmes sur nos réseaux locaux pour faire passer ces me sages ? En effet, les coordinateur·rices travaillent directement avec les élu·es et nous, nous les formons sur les questions de santé mentale, donc nous repartons sur les déterminants.

Cependant, des plaidoyers construits que nous essayons sur le terrain, nous parlons beaucoup de toutes ces questions, nous avons fait beaucoup de constats négatifs, mais je me demandais si le plaidoyer que vous allez essaimer et inonder dans les boîtes des député·es était quelque chose que nous pouvions faire circuler entre nous. Il ne faut pas seulement que nous fassions remonter les noms des circonscriptions, des député·es et que vous les contactiez.

Comme ce sont des questions politiques, où est-ce que nous – en tant que centre ressources mais aussi tou·tes les coordinateur·rices – nous situons sur le terrain, pour ne pas sortir de notre rôle, sachant que nous sommes financé·es par des collectivités et par le ministère de la Santé ? Je suis favorable à sortir de ce rôle, mais comment accompagne-t-on ? Quel plaidoyer fait-on passer pour que cela passe ? On ne peut pas juste dire aux coordinateur·rices : « *Allez-y, allez voir vos élu·es et parlez du plaidoyer que vous faites circuler, que l'on essaime ensuite sur les territoires* ». Ce sont beaucoup de constats mais quel discours construit pouvez-vous nous faire passer, que l'on fera ensuite passer au local et que les coordinateur·rices peuvent utiliser eux-mêmes·elles-mêmes, au-delà des



## RETOUR SUR...

JOURNÉE D'ÉTUDE

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

constats négatifs que nous avons faits aujourd'hui ? Le plaidoyer que vous allez faire passer est-il déjà construit ? Pouvons-nous l'avoir ?

Ces débats font naître beaucoup de questions. Pendant les constats, c'était forcément déprimant de voir que cela fait des dizaines d'années que vous faites passer ces messages, et qu'il faut recommencer sans cesse le travail de conviction. Mon travail de plaidoyer sur « Qu'est-ce que la santé mentale ? » est construit, je répète toujours le même aux élu·es. Le plaidoyer que vous avez décrit là, avec deux axes clairs de direction à prendre, est très bien. J'aimerais bien pouvoir me l'approprier et permettre aux coordinateur·rices de se l'approprier. Nous attendons des plaidoyers très simples avec des arguments simples que les élu·es comprennent, et que nous pouvons faire passer sans être taxé·es de « *On sort de ses limites, on est extrémiste, c'est politique* ». Nous souhaitons faire passer cela comme des faits. Des choses sont documentées scientifiquement et nous savons que cela fonctionne. Nous savons que ce sont les solutions.

**Didier Febvre** : Pour être factuel, pour les élections présidentielles, avec la FNES, les Villes-Santé OMS, la Société Française de Santé Publique (SFSP), et ESPT (Élus, Santé Publique et Territoires), nous avons construit un plaidoyer que nous n'avons pas réussi à faire pour les élections présidentielles, pour de nombreuses raisons. La première des raisons est que nous avions fait cela en 2017, et savions qu'il fallait avoir un peu d'énergie. Globalement, nous nous disons : « *Pourquoi allons-nous encore répéter la même chose, alors que nous pouvons recycler celui de 2017, qui n'a pas servi ?* ». Là, nous avons quelque chose d'à peu près construit pour les élections législatives.

Mis il y a des points structurels sur lesquels nous ne sommes pas tout à fait d'accord, entre les structures avec lesquelles nous avons discuté. Ce n'est pas que nous ne soyons pas d'accord, mais il faut trouver quelque chose qui ait plutôt « de la gueule ». Il ne faut pas simplement dire : « *Il faut travailler sur les déterminants* », mais comment fait-on et que devons-nous faire ? Ce n'est pas si simple que cela.

Nous devrions travailler régulièrement ensemble pour constituer une alliance, de façon à ce que, pendant les cinq ans de la législature qui vont venir, nous soyons toujours présents et que nous ne soyons pas simplement présents pendant la période de campagne. Nous allons entendre ce que tu nous demandes éventuellement et ferons passer le plus de plaidoyers possible, à toi et à d'autres.



## RETOUR SUR...

—

JOURNÉE D'ÉTUDE

—

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

**Sylvie Cabassot :** Je travaille à l'ANCT (Agence Nationale de la Cohésion des Territoires). Je pensais que tout le monde savait ce qu'était l'ANCT puisque c'est nous qui gérons les crédits de la politique de la Ville. Nous gérons également les crédits de la ruralité. Nous nous occupons des personnes les plus en difficulté en France.

Je voudrais revenir à ce qui était l'objet de notre rencontre d'aujourd'hui, qui est la refonte territorialisée de la santé publique, et faire le lien avec ce que Laurent a dit tout à l'heure, qui est en rapport avec la décentralisation. Tout à l'heure, il disait que le diagramme des déterminants sociaux renvoyait aux politiques publiques qui sont à la main des décideur·euses locaux·les. Effectivement, quarante années de décentralisation font en sorte que toutes les questions du logement, du cadre de vie, du transport, etc., sont aux mains des décideur·euses locaux·les qui sont les mairies, les EPCI (Établissements Publics de Coopération Intercommunale) avec différentes échelles dans les EPCI, et les Régions.

Cette question est fondamentale si l'on veut travailler à la refonte des politiques publiques de santé, parce que les collectivités territoriales ne sont pas au même niveau et ne sont pas égalitaires entre elles. Je ne vais même pas prendre la Métropole du Grand Paris, mais prenez une grande ville et un petit territoire rural dans lequel il y a 450 habitant·es : c'est simple, ils ont à peu près les mêmes responsabilités mais ils n'ont pas les mêmes moyens. Ils n'ont ni les mêmes moyens financiers, ni d'agent·e. Ils vont avoir deux cantonnier·ères parce qu'il faut quand même entretenir les routes, et un·e secrétaire de mairie à mi-temps, et c'est tout. Ils ont les mêmes responsabilités que les élu·es dans les grandes villes.

Ainsi, comment organisons-nous l'équité territoriale ? Ce n'est certainement pas par des dispositifs de type « appel à projets », qui vont encore accentuer les inégalités, que nous allons y arriver. Je voudrais, dans vos propositions, que vous puissiez intégrer cette question de sortir des appels à projets.

**Bénédicte Madelin :** Merci Sylvie, je reste là-dessus parce que cela me rappelle ce que nous avons fait avec Renaud Epstein sur les politiques non de décentralisation, mais de reconcentration, et sur la gestion des appels à projets et sur les subventions, même pour les collectivités locales. Je trouve que c'est une dimension vraiment très importante. Même les collectivités locales n'ont aujourd'hui plus les moyens – certaines sont riches, c'est connu, mais ce n'est pas le cas de la majorité – et tout passe maintenant par des appels à projets de l'État qui redistribue. D'une



## RETOUR SUR...

JOURNÉE D'ÉTUDE

-  
WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

certaine manière, il reconcentre complètement le pouvoir, c'est le « Gouvernement à distance ». Merci d'avoir soulevé ce problème.

**Laurent El Ghozi :** Je reviens là-dessus, nous sommes bien dans de l'idéologie politique, nous ne sommes pas dans l'obligation de faire comme ceci ou comme cela. C'est un choix, comme je le disais. On supprime la taxe d'habitation donc on supprime une bonne part des ressources qui sont à la main des collectivités locales et qui sont décidées de manière démocratique puisque c'est voté. On le remplace par des appels à projets ; c'est le même argent sauf que c'est l'État qui décide où le mettre, et non plus les collectivités locales.

Nous prônons en faveur des politiques territoriales, parce que nous sommes convaincu·es que c'est là que les choses peuvent se faire. C'est là qu'elles se passent, c'est la proximité et je ne reviens pas dessus. L'État dit : « *Non, c'est moi qui gère l'ensemble des finances. Cette ressource, vous l'aviez, donc on vous la prend, mais on va vous la distribuer par Sylvie Cabassot et ses appels à projets* ». Merci Sylvie.

**Bénédicte Madelin :** Je voulais juste rappeler que, à la fin du siècle dernier, dans la politique de la Ville, quand sont apparus les premiers appels à projets, tous les professionnel·les hurlaient en disant : « *Ce n'est pas possible, il n'y a que les villes qui ont une ingénierie relativement conséquente qui peuvent répondre* ». Aujourd'hui, c'est complètement entré dans les mœurs et cela accentue effectivement les inégalités parce que les villes qui ont de l'ingénierie et les moyens de se payer du personnel, ont les moyens de répondre, alors que d'autres n'ont plus les moyens de répondre. C'est effectivement une question très politique.

**Didier Febvre :** En même temps, il est vrai que les collectivités territoriales et l'État ne sont pas adversaires a priori. Nous sommes dans un partenariat logique, équilibré, avec des conflits et tout ce qu'il faut.

Il faut aussi entendre l'argument. Ceux qui sont contre la décentralisation disent : « *Il n'y aura pas d'égalité* » et cela crée des inégalités, donc il faut l'avoir en tête. Cela veut dire : « *Comment allons-nous réduire ces inégalités qui seront créées par cela ?* »

**Laurent El Ghozi :** Ce qui est sûr est que les appels à projets ne réduisent pas les inégalités. C'est sûr. On peut même dire que cela les aggrave.

**Bénédicte Madelin :** En raison des réformes de l'État, il n'y a plus beaucoup de fonctionnaires sur les territoires.



**RETOUR  
SUR...  
—  
JOURNÉE D'ÉTUDE  
-  
WORK IN PROGRESS !**

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

**Didier Febvrel :** Arnaud. Il veut répondre individuellement à Catherine.

**Arnaud Wiehn :** C'est sur l'appel à projets, donc cela permettra aussi de compléter. Il y a un constat un peu retors, c'est une baisse de dotations au sein des ARS. En tout cas, à l'ARS de Nouvelle-Aquitaine, c'est un phénomène massif et profond. De fait, il n'y a plus d'appels à projets, il y a des campagnes de financement ciblées, il y a de moins en moins de financements et il y a moins d'acteur·rices qui sont éligibles. Ainsi, on va se retrouver avec des territoires où les opérateur·rices, ceux·celles qui sont dans l'angle mort de la santé publique mais qui sont incontournables comme les petites associations (qui font de la médiation, qui vont au-devant des publics), n'auront plus d'argent. Comment allons-nous faire la prévention et la promotion de la santé ? Cela va vous retomber dessus.

Les CCAS seront saturés par des transferts de demandes qui étaient plus ou moins prises en charge par le tissu associatif et qui étaient financées par la santé publique avant. Cela se passe en Nouvelle-Aquitaine mais est-ce un phénomène que vous observez ? Est-ce qu'il y a une stratégie derrière ? Est-ce que l'on anticipe cela ?

On voit bien que cela ne lutte pas contre les inégalités, mais ne plus financer les associatifs qui le faisaient avant, induit le risque qu'ils ne soient plus présents et reviennent à perdre énormément de compétences. Des personnes ne seront plus salariées de ces structures et partiront vers d'autres horizons – nous en connaissons, non par choix personnel mais parce qu'elles n'ont plus leur place dans ce paysage.

**Gwendal Bars :** Je vais prendre les questions par ordre d'antériorité. En Île-de-France, nous avons 72 CLS formellement signés et une douzaine d'autres territoires avec lesquels nous sommes en train de les écrire. Cela représente à peu près 80 coordinateur·rices en poste. Par rapport aux territoires politiques de la Ville, il y a 272 quartiers prioritaires politiques de la Ville en Île-de-France et, de mémoire, les CLS signés jusque-là en recouvrent environ 260 ; nous sommes à hauteur de 90 %.

**Didier Febvrel :** Excuse-moi, je vais te taquiner, Gwendal. Quand tu dis : « *Nous sommes en train de les écrire* », cela veut dire quoi ?

**Gwendal Bars :** Nous nous rendons compte que, entre le moment où une collectivité vient nous voir en disant : « *Ce serait bien que nous fassions quelque chose ensemble* » ou que nous les démarchions et entre le moment où il y a un CLS en bonne et due forme, c'est-à-dire signé, avec le petit



## RETOUR SUR...

—

JOURNÉE D'ÉTUDE

—

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

communiqué de presse avec tout le monde à la table des signatures, il peut se passer 1, 2, 3 ou 5 ans parfois. Cela dépend aussi des évolutions politiques locales, des élus qui changent. Parfois on commence, mais on n'aboutit jamais, et c'est la vie. Souvent, il se passe 18 mois le temps de se mettre d'accord, sachant que la signature, pour nous, intervient généralement après le diagnostic. Il y a donc toute cette phase de diagnostic local qui se fait en amont. Dans d'autres régions, la signature peut avoir lieu parfois avant de faire le diagnostic, donc ce ne sont pas les mêmes méthodes.

Le nombre de quartiers prioritaires qui ont été « couverts ». L'une des questions que nous nous posons aujourd'hui est : « *C'est bien beau d'avoir signé un contrat avec une collectivité territoriale qui a des quartiers prioritaires sur son territoire, mais comment fait-on pour que des actions aillent au cœur des quartiers ?* ». La question du « dernier kilomètre » de l'intervention ou de l'action publique est toujours là. Je ne sais pas si l'on a su le faire un jour en tant que services de l'État, mais aujourd'hui, je sais que nous ne savons pas le faire. Les collectivités savent le faire beaucoup mieux, les associations aussi, mais à partir d'une certaine échelle, on ne sait plus travailler avec les petites associations, parce que les appels à projets sont lourds. De plus, c'est tout bête mais pour un appel à projets, il faut des personnes à l'ARS pour l'instruire (des ETP, des agent·es) et c'est une charge importante pour les délégations départementales. Ainsi, parfois, ce n'est pas qu'une question de budget à mobiliser pour l'appel à projets : on ne peut pas faire d'appel à projets parce que c'est un mécanisme lourd des deux côtés de l'instruction.

**Didier Febvrel :** Comment rêverais-tu l'évolution de l'ARS ?

**Laurent El Ghozi :** Je vais rêver par procuration.

**François Alla :** Globalement, je trouve qu'il y a deux problèmes parmi tant d'autres. D'une part, c'est l'aspect stratégique. Comme on le voit aujourd'hui avec les appels à projets, le problème est que l'on a soit un saupoudrage avec les avantages et les inconvénients, soit un recentrage avec les avantages et les inconvénients. Cependant, dans les deux cas, c'est la même chose, c'est une logique de guichet. On n'ira pas où l'on a le plus besoin, mais on ira où il y a le plus de demandes. Quand on regarde sur une carte – dans ma région, mais cela doit être la même chose dans d'autres régions – où il y a le plus de demandes, de réseaux constitués, d'acteur·rices, ce n'est pas l'endroit où il y a le plus de besoins.



## RETOUR SUR...

JOURNÉE D'ÉTUDE

-

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

Là, je trouve que l'ARS ne joue pas son rôle – je parle de l'ARS sans citer de région X ou Y – qui est stratégique. Quand on voit la lourdeur des appels à projets, que ce soit pour ceux·celles qui y répondent, comme pour l'ARS qui instruit, il faudrait réfléchir, non pas à créer une nouvelle Agence ou une nouvelle structure – en effet, dès que l'on a un problème, il faut créer un nouveau « truc », au lieu de réfléchir à la façon de mieux fonctionner au quotidien –, mais à réussir à avoir des dispositifs plus souples qui allègent et qui facilitent les contacts, à travers des conventions pluriannuelles. Il y a plein de moyens qui existent à cadre juridique constant, qui évitent ce cauchemar, pour les ARS comme pour les acteur·rices, d'instruction des dossiers, qui n'ont aucun sens aujourd'hui.

Je pense que l'ARS devrait être plus dans sa mission stratégique. Pour vous donner un exemple très concret, j'ai déposé des projets, j'ai des financements ARS. À une époque, on ne regardait pas mes objectifs : « Qu'est-ce que je veux changer en termes de santé pour la population ? Pour qui ? Comment ? ». On m'avait demandé la fiche de poste de la « demi-secrétaire » que j'allais embaucher pour voir si les missions de la « demi-secrétaire » correspondaient bien. On est dans le micro-management, on n'est plus du tout dans la stratégie.

Si l'on veut avoir un partenariat vertueux entre des collectivités territoriales et l'État, il faut que l'État se recentre sur des missions régaliennes : « Quelle stratégie ? À quoi je réponds ? Comment je favorise l'équité ? » dans les différents leviers et non dans le micro-management, dans lequel il serait mieux de faire confiance aux acteur·rices, aux collectivités, aux associations, etc., pour s'organiser localement.

C'est donc aussi dans la façon de travailler. Je vois le titre *Covid-19 : Une crise organisationnelle* du livre de nos collègues de Sciences Po. Dans chaque région, à dispositif constant et à budget constant, on doit mieux travailler. Il y a des marges d'efficience à gagner, pour les réseaux d'acteur·rices. On dit que seules les grandes villes et les grosses associations peuvent avoir des budgets, mais c'est dommage d'avoir un·e salarié·e à temps plein pour remplir un dossier ARS. On pourrait faciliter la vie de tout le monde avec des procédures un peu plus simples et si tout le monde était dans son rôle : que l'ARS (l'État) puisse fixer des objectifs stratégiques et des règles du jeu. Ensuite, il faudrait laisser les acteur·rices au sein de ces règles générales, parce que cela assure l'égalité, et les adapter en fonction des réalités territoriales, des besoins, des ressources et des façons de s'organiser.



## RETOUR SUR...

JOURNÉE D'ÉTUDE

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

Comme cela ne fonctionne pas, on crée une nouvelle structure. La coordination officielle entre nos structures ne fonctionne pas, donc on en crée une nouvelle, dont une superstructure où il y aura de nouveau des problèmes. Concernant l'intelligence locale, il faut capitaliser sur le Covid-19. Ce que vous avez fait en Île-de-France est exemplaire à plein de titres, tout comme ce qu'ont fait d'autres régions et d'autres villes. Finalement, le but est de se rencontrer parce que l'on n'a pas forcément besoin de McKinsey. Comment est-ce que l'on coconstruit ? Il suffit de se voir, de se parler, de s'appeler, d'échanger ; cela ne prend pas beaucoup de temps et c'est beaucoup plus efficace. Cela prend parfois un peu de temps mais beaucoup moins que de mauvaises décisions où il faut rétropédaler après pendant des années.

Je pense que c'est l'intelligence collective au niveau local, que peuvent avoir certaines ARS ou délégations territoriales. Ce que je dis paraît simple, voire simpliste, mais il faut – vous avez parlé tout à l'heure du futur plaidoyer pour la future Assemblée nationale – faire du plaidoyer national pour changer les règles du jeu, les modes des financement, etc. On a beaucoup de marge de manœuvre au niveau local, dont on ne s'empare pas. Je pense qu'il faut pousser les choses. Nous avons les moyens de faire et de capitaliser sur toutes ces bonnes expériences de la crise. Dans ma région, la crise a été un *booster* pour les CPTS. Je crois qu'il y en avait quatre avant la crise, et là, il y a plus de 50 ou 60 projets. Cela a été un *booster* pour les organisations aussi, donc il faut essayer de capitaliser là-dessus.

**Une intervenante :** Dans la question de Catherine, il y avait aussi : « Comment l'ARS a-t-elle fait remonter le fait que dans les territoires où il y avait des CLS, cela avait mieux fonctionné ? ». Avez-vous l'impression d'avoir été entendu ? Je pense que cela va aussi intéresser les coordinateur·rices.

**Laurent El Ghozi :** Je voudrais rebondir sur ce que vient de dire François et sur le rôle stratégique des ARS. Premièrement, en Île-de-France, je rappelle qu'il y a un PRS (Programme Régional de Santé) et une stratégie régionale de santé. On ne parle pas du niveau national mais en Île-de-France, cela existe. C'est là-dedans que les actions des un·es et des autres devraient s'inscrire pour la majorité, ce qui, de mon point de vue, n'exclut pas qu'il y ait des propositions autres pour réussir le prochain PRS, ce qui a été le cas entre le PRS 1 et le PRS 2. Des actions qui n'étaient pas inscrites ont été jugées probantes et ont enrichi le PRS suivant – je pense en particulier aux questions environnementales et au PRSE (Projet Régional Santé Environnement).



## RETOUR SUR...

JOURNÉE D'ÉTUDE

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

Deuxièmement, en Île-de-France, la CRSA a joué un rôle – j'ai siégé pendant très longtemps à la commission FIR (Fonds d'Intervention Régional) – avec des représentant·es de la société civile. J'y étais en tant que de représentant des collectivités locales, mais je n'étais pas le seul, il y avait des représentant·es d'associations et de professionnel·les. La CRSA a travaillé avec les services de l'ARS pour décider, valider et orienter, y compris sur les appels à projets. Le premier appel à projets CLSM de l'ARS Île-de-France a été très largement copié sur le travail fait par le Centre Collaborateur de l'OMS (CCOMS) pour la santé mentale et ESPT à 90 %. Il y a donc bien un enrichissement de la stratégie des orientations par la société civile, par les acteur·rices et en particulier par la CRSA.

Qui, parmi vous, connaît quelqu'un qui siège à la CRSA de sa région ? Il y a quelque chose qui s'appelle le parlement de l'ARS dans votre région qui peut peser sur les décisions, sous réserve qu'il soit alimenté lui aussi. Dans les CRSA, plus du tiers des membres sont des professionnel·les de santé, pour ne pas dire des professionnel·les du soin. Si vous, représentant·es de la société civile, des associations, des collectivités, du médico-social, n'allez pas créer un contre-pouvoir et des alliances entre les représentant·es des usager·ères et ceux·celles des collectivités locales – je peux vous dire que l'on peut créer des alliances – alors ce sont les représentants des professionnel·les du soin qui décident. De fait, on reste dans un modèle biomédical.

Il y a des outils – je suis d'accord avec ce que disait François – et des possibilités d'action, y compris d'infléchir les décisions des ARS que l'on n'utilise pas suffisamment.

Dernièrement, j'entends parfaitement les difficultés de l'ARS – que j'ai vécues en tant que membre de la CRSA – de gérer une multitude d'actions. La réponse est évidemment de lui dire : « *Vous fusionnez ou on supprime les financements* ». Cela a été le cas pour un certain nombre de structures. Ainsi, faisons confiance et travaillons ensemble, mais utilisons ce qui existe.

**Zita Messan :** En lisant votre tract, je me suis posé plein de questions. Ma question est très naïve mais si on laisse un peu de côté la vision politique de la gestion de la crise sanitaire, je me demande jusqu'où va la limite de la démocratie sanitaire. En période de crise, est-ce que l'on a le temps de consulter tout le monde pour prendre une décision, sachant que le territoire ou bien le système n'était pas préparé et n'a pas anticipé la



## RETOUR SUR...

—

JOURNÉE D'ÉTUDE

-

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

crise ? Comme vous l'avez dit au début de la table ronde, il n'y avait pas de structure ni une instance de santé publique bien définie en France. Si cette instance n'existe pas, s'il n'y avait pas cette anticipation, où va la limite de la démocratie sanitaire en période de crise ?

Pour rebondir sur ce qui a été dit, je pense que nous devrions prendre du recul pour se poser des questions sur notre manière de faire les choses. Est-ce que nous nous faisons comprendre ? Aujourd'hui, nous avons parlé de jargon, alors est-ce que nous nous faisons comprendre auprès des politiques publiques, auprès des autres acteur·rices du territoire parce que nous n'avons pas le même jargon ? Est-ce qu'il y a cette synergie entre nous et les professionnel·les de soin ? En effet, si l'État consulte les médecins et les biologistes pendant la période de crise, si ces biologistes n'avaient pas la culture de travailler avec nos professionnel·les de santé publique, comment auront-ils ce réflexe de nous consulter pour prendre des décisions ?

Dans les plaidoyers, j'ai envie de dire qu'il faut revoir la formation des professionnel·les de santé, il faut vraiment les former sur la santé publique et la définition de la santé. Qui prend en compte cette approche holistique de la santé ? S'ils·elles ne l'ont pas, ils·elles n'auront pas ce réflexe de se tourner vers les acteur·rices de santé publique pour prendre des décisions ensemble, donc je pense que nous devons intégrer ce regard. Nous devons faire les plaidoyers en tenant compte de tous ces aspects.

**François Alla :** Merci pour votre question à laquelle la réponse va être très facile et rapide. Sur le premier point, nous avons souvent entendu l'argument « c'est une crise » et mis la démocratie entre parenthèses parce que la priorité est la santé et la guerre. Nous avons souvent entendu cela, mais c'est faux. La démocratie n'est pas un obstacle à la santé, mais une condition à la santé. Regardez ce qu'écrivait Jonathan Mann en parlant d'une épidémie précédente. C'est essentiel et, en temps de crise, on peut prendre des mesures restrictives (une obligation, une interdiction que ce soit pour le fait de se déplacer ou autres). Cela peut être des outils.

Quand c'est nécessaire – ce qui n'est pas forcément le cas dans cette crise sanitaire – de prendre des outils de restriction d'une liberté X où aller (celle d'aller et venir, de travailler, de se déplacer, de choisir son traitement, etc.), c'est une condition supplémentaire pour utiliser les outils démocratiques, que ce soit le Parlement, la Conférence nationale de Santé, les CRSA, etc. Ce n'est pas une perte de temps, et d'ailleurs, c'est bien analysé dans le livre de Castel, Borraz et Bergeron – je les ai peut-être



# RETOUR SUR...

JOURNÉE D'ÉTUDE

-  
WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

listés dans le désordre. On a l'impression d'aller plus vite en décidant tout seul, mais ce sont souvent de mauvaises décisions, comme nous en avons beaucoup parlé sur les personnes vulnérables. Ce sont des décisions qui ne seront pas appliquées, voire des décisions qui généreront des contre-décisions ou une irritation forte de la population – les Antilles en sont l'exemple le plus frappant. Ainsi, la concertation n'est jamais du temps perdu et elle est essentielle. De plus, nous avions les outils pour et nous étions préparés pour. Nous avions un plan pandémie, qu'il suffisait de prendre au chapitre 1, page 1 et l'on savait quoi faire les premières semaines. Il n'a pas été utilisé parce qu'il fallait redémarrer de zéro. On prend McKinsey qui nous fait un PowerPoint de 90 diapos qui nous dit quoi faire. C'est terrible, nous avions un plan pandémie, nous avions des institutions capables de l'appliquer mais on a décidé de faire autre chose, en expliquant qu'il fallait aller vite et qu'il ne fallait surtout pas être transparent ni expliquer à la population, parce que la population n'était pas capable de comprendre.

C'est sûr que si l'on part de ces prérequis, nous avons une gestion de crise qui nous amène où l'on est arrivé. Cependant, il y a d'autres façons de faire ; la gestion de crise est aussi l'une des branches de la santé publique. Cela repose sur des principes, des méthodes, des procédures et des valeurs. Pourquoi les a-t-on mis de côté ? C'est cela, la question, parce que nous pouvions faire autrement tout en prenant en compte le caractère parfois imprévisible, complexe et les incertitudes variables. C'est possible de le faire et ce n'était pas compliqué d'utiliser les Agences sanitaires plutôt que de créer un « machin », d'utiliser le Conseil des Ministres au Parlement plutôt que le Conseil de Défense, de solliciter au moins une fois la Conférence nationale de santé plutôt que le Conseil scientifique, etc. Cela était possible. Il y a des instances qui ont rendu leurs avis en 48 ou 24 heures. Nous n'avons jamais été dans des urgences, personne ne tombait dans la rue comme des mouches, nous n'avions pas 24 ou 48 heures devant nous.

Votre question me permet de le préciser : ce n'est pas parce que c'est une situation de crise sanitaire qu'il faut laisser de côté toutes les valeurs. Ce sont aussi les principes de bienfaisance, de non-malfaisance et de justice. Nous l'avons vu dans le débat sur la vaccination des enfants. Il est donc possible de faire mieux avec nos institutions, avec les défauts qu'elles ont ou la façon de les faire progresser. En effet, le rapport du groupe miroir fait des propositions très concrètes en ce sens. Il est donc possible de faire mieux mais on pouvait aussi faire « moins pire », pour résumer.



## RETOUR SUR...

JOURNÉE D'ÉTUDE

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

**Didier Febvrel :** Nous allons applaudir François Alla. Merci beaucoup d'être venu, bon retour.

Bénédicte, as-tu un avis sur la question de la limite de la démocratie sanitaire, par rapport à ce que disent éventuellement les habitant·es ou non ?

**Bénédicte Madelin :** Ce que l'on appelle la « démocratie sanitaire » revient au choix. Nous avons participé en tant que médiation sociale et culture à l'élaboration du PRS et surtout du PRAPS pour les plus démunis. La représentation officielle était l'association des usager·ères, des malades, dont j'ai oublié le nom. Je trouve qu'il y a quand même de petites questions sur ce que nous appelons la démocratie sanitaire et sur la façon dont on donne les moyens de comprendre. Je me rappelle très bien une journée qui s'est passée dans un quartier que nous connaissons très bien, qui s'appelle Champs-Élysées dans les salons de je-ne-sais-quoi, où l'on m'avait demandé d'intervenir sur la démocratie sanitaire à partir du travail que je faisais avec les médiatrices sociales et culturelles, mais quand déjà on ne se comprend pas dans les mots que l'on utilise, mis à part le fait que les décideur·rices manquent un peu d'oreille et que les acteur·rices de terrain en proximité ne comprennent pas le vocabulaire, il y a un vrai problème de démocratie. Pour moi, ce sont des questions importantes de la démocratie sanitaire, mais ce n'est pas mon mot de la fin, à moins que tu ne veuilles que j'y aille.

**Didier Febvrel :** Il n'y a pas de mot de la fin. Gwendal doit d'abord répondre à Sandra.

**Bénédicte Madelin :** Pour répondre très vite à ta question, il n'y a pas de démocratie si l'on ne se comprend pas.

**Didier Febvrel :** D'accord. Nous allons essayer de comprendre Gwendal, vas-y.

**Gwendal Bars :** C'est une question qui est un peu compliquée parce que nous n'avons pas forcément des canaux très formalisés de remontées. Nous avons des échanges avec nos correspondant·es au ministère sur tels sujets, sur lesquels nous discutons comme entre collègues quand nous travaillons. Des documents ont été produits pour rendre compte de ce que nous faisions dans le cadre de la vaccination, de la crise sanitaire, etc. donc cela a été mentionné dans ces choses-là. Nous avons aussi essayé de valoriser – c'était dans l'amphithéâtre d'à côté, il y a environ un mois – les actions « d'aller vers » que nous avions tenté de coordonner, impulser et



## RETOUR SUR...

---

JOURNÉE D'ÉTUDE

-

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

financer dans ce cadre-là. C'était simplement de la communication publique. Est-ce que cela a été entendu ? Je pense que c'est le cas, en partie, puisqu'il y a eu plusieurs signes d'intérêt du ministère de la santé envers les CLS depuis quelques mois. Par exemple, il y a eu une intervention lors du Congrès des Maires de France qui a beaucoup parlé des CLS par une collègue de la Direction Générale de l'Offre de Soins, que je n'attendais pas à faire le plaidoyer sur les CLS ; c'était plutôt à la DGS d'habitude. Un travail est en cours avec plusieurs IREPS et ARS pour la formation des coordinateur·rices avec l'EHESP, qui est une initiative nationale. Nous sentons donc un regain d'intérêt du ministère sur les CLS depuis cet hiver.

Je ne sais pas ce que cela produira à terme, nous le verrons, mais il y a clairement un regain d'intérêt du niveau national pour cet outil. Mais c'est aussi parce que les associations d'élus elles-mêmes ont fait beaucoup de bruit pour dire : « *Nous sommes là et vous ne pouvez pas travailler sans nous* ».

**Laurent El Ghozi :** Un mot sur la démocratie en santé ; je ne dis pas « sanitaire », cela n'a pas exactement le même sens, cela est moins « sanitaire » et plus « santé ». Nous ne sommes donc pas dans le soin, donc les mots sont importants. De même que je ne dis pas « médiatrice sanitaire », je dis « médiatrice en santé ». Nous pouvons dire aussi « médiatrice sociale », mais c'est autre chose.

Bref, sur la démocratie en santé, il y a à la fois ce qui est institutionnel (la Conférence nationale de santé, les CRSA, les Conférences territoriales de santé au niveau départemental) où il n'y a pas que des professionnel·les de la santé, mais il y a la représentation de toutes les parties prenantes. Encore une fois, la CRSA d'Île-de-France compte 100 personnes, c'est-à-dire un tiers d'offreur·euses de soins et un gros sixième d'associations de patient·es. La démocratie en santé ne se résume pas aux associations de patient·es. Les associations de patient·es sont des malades qui parlent de leur pathologie, mais ce n'est pas la démocratie en santé. Si on la résume à cela, il me semble que l'on a tout faux. En gros, dans la CRSA, les associations de patient·es doivent représenter 16, 17 ou 18 membres, et il y a tous les autres. Ainsi, la démocratie en santé est l'ensemble des parties prenantes.

Il y a des syndicats généralistes. En tout cas, la partie « représentant·es des citoyen·nes » ne concerne pas seulement les représentant·es des associations de patient·es. Par ailleurs, il y a le médico-social et pratiquement toutes les parties prenantes. C'était la première chose que je voulais dire.



## RETOUR SUR...

JOURNÉE D'ÉTUDE

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

Deuxièmement, sur l'intérêt du ministère pour les contrats locaux de santé et les politiques territoriales de santé, mon sentiment est que cela ne les intéresse pas beaucoup. Je ne crois pas avoir entendu, ni le ministre actuel, ni la ministre précédente, faire l'éloge des politiques territoriales de santé. Ce qu'il se passe au niveau territorial et ce qui est géré par d'autres que le ministère (qui échappe au ministère, même si c'est dans le cadre d'un contrat plus ou moins formel) les irrite. Il y a une vision très centralisatrice de la santé. La dernière preuve est que, dans la loi 3DS, il n'y a strictement aucune délégation de pouvoir en santé en direction des collectivités territoriales, alors même qu'elles ont prouvé qu'elles étaient non seulement pertinentes, mais qu'elles étaient indispensables en situation de crise, ou pour gérer la santé publique précisément, pour agir sur les déterminants. La preuve est faite, il n'y a plus de débat à ce sujet. Il n'empêche que les parlementaires et le Gouvernement n'ont absolument pas voulu donner le moindre pouvoir supplémentaire aux collectivités locales, sauf à avoir deux postes de plus dans le Conseil de surveillance des ARS – dans lequel j'ai siégé et qui ne sert quasiment à rien.

**Clémence Bré :** Je suis cheffe de pôle santé à l'ANCT, à la Direction politique de la Ville. Pour répondre aux questions et essayer de répondre à celles de Catherine Richard notamment, les dimensions de cet aspect facilitant d'une coopération déjà installée entre acteur·rices sur le territoire ont bien été entendues – pour dire qu'aucun·es ont des oreilles – et cela a eu une concrétisation dans la circulaire d'orientation des moyens de la politique de la Ville en 2021, où ces coopérations territoriales, de collectivités, d'ARS, de collectifs de professionnel·les et d'habitant·es ont bien été inscrites dans le cadre des éléments de cadrage par rapport à la thématique « santé ».

Ces éléments ont bien évidemment été aussi rappelés par vous-même (la Fabrique Territoires Santé) et par un ensemble d'acteur·rices dans le cadre du groupe de travail qui avait été impulsé par l'ANCT en 2020, pendant la crise sanitaire, pour donner la parole à un ensemble d'acteur·rices expert·es et partenaires de l'ANCT, ce qui a abouti à une intensification du rôle de l'ANCT dans ce qui a été la mesure qui vient d'aboutir sur les Centres et Maisons de santé participatifs, pour leur ciblage en quartiers et, d'autre part, une autre action qui est en train d'être impulsée au niveau national et qui est issue de ce groupe de travail, est celle du soutien à la formation des acteur·rices clés des quartiers sur les questions de santé mentale – programme de formation porté par le CCOMS. Cela permet de



## RETOUR SUR...

JOURNÉE D'ÉTUDE

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

répondre à la première question sur l'identification des coopérations territoriales, qui sont bien repérées au niveau politique de la Ville.

Sans parler à leur place mais pour compléter un peu les éléments apportés par Gwendal, au niveau du ministère de la Santé, ou du moins à la DGOS, l'intérêt sur les CLS remonte à 2019 – et sans doute avant, mais depuis 2019 de manière très visible – avec la sortie du guide de sensibilisation des élu·es sur les CLS, qui a été présenté au salon des Maires en 2019.

Sur la question du nombre de CLS, également posée par Catherine Richard, dont les questions sont évidemment très pertinentes, nous avons parlé de la situation en Île-de-France qui a été précisée par Gwendal, avec 90 % des quartiers, sauf erreur, qui étaient couverts par un CLS. J'ajoute juste un contre-point au niveau national : je regrette que ces données soient anciennes, parce que ce sont des données de la DGS de 2018, mais seul un tiers des territoires sont signataires d'un contrat de ville, c'est-à-dire 134 territoires qui comportent des quartiers. En l'espèce, 414 quartiers sont concernés par un CLS. Cela veut dire que, pour tous les autres territoires, c'est uniquement le volet « santé » du contrat de ville qui porte les actions du dernier kilomètre, pour paraphraser Gwendal.

Sur la question des CLS et de la loi 3DS, il est tout de même spécifié que la loi invite à conclure des CLS en priorité dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante et/ou par des difficultés d'accès au soin – on voit bien le point focal du soin. Néanmoins, les quartiers qui sont en sous-densité médicale sont au nombre de 828, soit 3 millions d'habitant·es.

Concernant l'évaluation des CLS, qui est aussi une question de Catherine Richard, c'est un processus en cours. Votre question était sur la prise en compte des quartiers dans les CLS. Ainsi, dans un document très récemment sorti d'un institut régional chargé des questions de promotion de la santé, il n'est pas fait mention une seule fois du terme « inégalité », ni du mot « quartier » dans tout le document. Je vous laisse retrouver dans quelle région cela se trouve. Il y a donc peut-être un questionnement : « En horizontal, comment faire en sorte que cette maille quartiers soit bien prise en compte sur l'ensemble des strates de l'écosystème ? », avec lesquelles vous êtes plus largement en attache que moi-même, malheureusement parce que nous sommes peu nombreux·ses sur ces dimensions, comme le disait Gwendal.

Je finirai par une perspective. Le bilan à mi-parcours du Ségur de la santé indique l'impulsion d'une gouvernance interne aux ARS sur la réduction



## RETOUR SUR...

—

JOURNÉE D'ÉTUDE

—

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

des inégalités socio-territoriales de santé. Non pas que ce soit encore une autre strate, mais c'est peut-être une strate intéressante dans laquelle faire valoir les questions, en particulier politiques de la Ville dans un contexte d'une évolution des contrats de ville, dont les perspectives ne sont pas encore conclues. Je vous remercie.

**Didier Febvrel** : Merci pour ces précisions. Nous disions ce matin que c'était une chance d'avoir, dans des institutions, des personnes engagées qui s'occupent de la santé et qui sont nos interlocuteurs·rices – c'est le cas avec l'ANCT, donc merci beaucoup de votre soutien. Nous continuerons ce dialogue fructueux.

Nous allons arriver au bout de cette table ronde, à moins qu'il n'y ait une prise de parole urgente. Bénédicte et Laurent, un mot de conclusion.

**Bénédicte Madelin** : C'est dur de dire un mot de conclusion, au sens strict du terme. Je voudrais redire ou crier que je suis là pour porter, dans un micro, la parole d'habitants·es – et non « des habitants·es » – qui s'organisent en collectifs, qu'ils soient associatifs ou non, peu importe. Je voudrais rappeler que les premiers expert·es du quotidien, que ce soit de la santé, du logement, des transports, de l'emploi, de l'environnement – je relisais une citation sur l'environnement : « trop de pollution crée de nouvelles maladies » – ont des choses à dire. C'est dommage que, depuis longtemps – cela fait très longtemps que je travaille dans la politique de la Ville – on le dise et on le répète. Déjà, au siècle dernier, on organisait des journées à profusion sur cette question-là et c'est toujours un peu au point mort.

Ils·elles sont aussi expert·es des inégalités, tout bêtement parce qu'ils·elles les vivent. Ils·elles les vivent au quotidien et ils·elles comprennent la complexité des situations. Ils·elles comprennent l'interdépendance des facteurs·rices – ils·elles ne parlent pas de déterminants – qui jouent sur leur santé. Ils·elles parlent aussi beaucoup de l'école. Beaucoup s'interrogent, aussi bien sur la volonté, que sur le refus des pouvoirs publics de réduire ces inégalités, sans lesquelles il n'y aura pas de santé publique au vrai sens du terme.

Nous avons eu un petit chapitre à ce sujet tout à l'heure, sur leur responsabilité devant les situations liées au point de vue de la santé, du logement, du transport, etc. Déjà, en 2010, le rapport du Haut Conseil à l'Intégration osait dire que s'il n'y avait que des personnes d'origine issue de l'immigration – à l'époque, on parlait encore comme cela – dans les quartiers populaires, c'est parce qu'elles choisissaient de vivre entre elles. C'était écrit noir sur blanc. On m'avait demandé de faire un article pour



## RETOUR SUR...

JOURNÉE D'ÉTUDE

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

la revue Hommes & Migrations sur ce rapport – il y en avait deux : un sur l'école et un autre sur la politique générale d'intégration. Toujours est-il que l'article a été censuré parce que je n'ai pas voulu changer un mot et j'ai dit « non », parce que c'était pour dire que les pouvoirs publics – vraiment, c'étaient trois mots – disaient qu'ils n'étaient pas responsables et que les personnes s'attribuaient le HLM de l'un à l'autre, de père en fils, c'était écrit noir sur blanc. C'est bien connu.

Aujourd'hui, on est allé encore un peu plus loin parce que l'on continue de les accuser de ne pas vouloir faire société. Une loi a quand même été votée, qui s'appelle la loi de renforcement des valeurs de la République, dite loi séparatisme, qui les amène encore plus loin dans leur responsabilité. Il est dit qu'eux·elles-mêmes ne veulent pas s'intégrer.

À partir du manifeste, nous avons interrogé un certain nombre de candidat·es à la Présidence de la République pour leur demander si leur première action serait de supprimer cette loi, qui ferait que les habitant·es des quartiers populaires soient finalement des habitant·es de la France. C'est quand même très révolutionnaire, comme question.

Voilà ce que j'ai envie de dire, parce qu'il y a des jours où l'on peut être très en colère. Parce que l'on exclut et que l'on culpabilise... Je me rappelle de l'INET - CNFPT pour les cadres - qui m'avait demandé d'intervenir parce que je parlais de la pénalisation de la pauvreté. C'est une réalité, il y a des lois, depuis 2006. La loi de 2006 sur la cohésion sociale commence à pénaliser la pauvreté avec un certain nombre de mesures par rapport aux parents quand ils·elles sont trop en difficulté et qu'ils·elles élèvent évidemment très mal leurs enfants. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'ils·elles sont tou·tes en échec scolaire, parce qu'ils·elles ne savent pas élever leurs enfants. Ils·elles ne se lèvent pas pour les amener à l'école. Excusez-moi, ne me lancez pas trop là-dessus, je reste en colère.

**Laurent El Ghozi :** L'une des choses que j'ai apprises quand je siégeais au CNLE, c'est ce que disaient les membres du 8<sup>e</sup> collège : « *Tout ce que vous faites sans nous, vous le faites contre nous* », c'est-à-dire qu'ils·elles sont encore beaucoup plus agressif·ves et ont raison. Lorsque l'on décide pour la majorité, on décide peu ou prou pour sa catégorie sociale, même si l'on fait parfois des efforts. Cependant, fondamentalement, si l'on décide sans les bénéficiaires ultimes ou potentiel·les, on fait souvent contre eux·elles. Il se trouve que cette phrase m'est restée et elle n'est pas du tout en désaccord avec ce que vient de dire Bénédicte.



## RETOUR SUR...

JOURNÉE D'ÉTUDE

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

**Bénédicte Madelin** : C'est la phrase qui est sur le site de « Pas sans Nous » : « *Tout ce que vous faites pour nous et sans nous, vous le faites contre nous* ». Je crois que c'est Gandhi qui l'a dit.

**Laurent El Ghozi** : En tout cas, c'était l'une des choses que répétaient régulièrement les membres du 8<sup>e</sup> collège et j'ai trouvé que cela nous obligeait, que l'on soit acteur·rice ou décideur·euse, à faire autrement. J'ajoute que, concernant le fameux diagramme de Margaret Whitehead qui est fondateur et formidable, on peut peut-être avancer depuis 40 ans. L'un des facteurs déterminants de la santé est la capacité de s'exprimer et d'être entendu, c'est-à-dire la démocratie. La démocratie est donc un déterminant de la santé et il faut oser le dire comme cela.

Par rapport à ce qui nous occupe, je vais reprendre quelques recommandations revues ou adaptées par rapport à ce que nous nous sommes dit dans le groupe miroir, qui n'est pas un document officiel mais qui a été publié. Premièrement, s'agissant de la question du partage de l'information et du partage des informations, on ne peut pas prétendre faire de la santé publique ensemble s'il y en a qui savent et s'il y en a qui n'ont pas accès aux informations. Il y a des outils, par exemple le SPIS (le Service Public d'Information Santé), qui est encore en gestation, dont quasiment personne ne se saisit – en tout cas, c'est ce qu'en disait la responsable Giovanna Marsico. Il y a des outils à l'ARS, il y a des outils cartographiques, il y a des diagnostics. Si cela n'est pas mis clairement et facilement à la disposition de tout le monde, on ne peut pas se raconter que l'on va faire de la santé publique en France. Si l'on ne favorise pas et si l'on ne valorise pas la recherche interventionnelle sur les territoires, qu'est-ce que cela produit ? Comment fait-on ? Pourquoi cela fonctionne et pourquoi cela ne fonctionne pas ? Ce n'est pas valorisé parce que, pour publier dans les revues à impact important (c'est-à-dire pour progresser dans la carrière universitaire), les articles de recherche interventionnelle sont « zéro ». Il y a donc un vrai sujet, qui concerne ici en l'occurrence l'Université et le ministère de la Recherche, sur lequel il faut essayer de peser.

Deuxièmement, il faut évidemment et absolument agir ensemble, et agir sur tous les déterminants. Au niveau national, quelle politique agro-alimentaire ? Au niveau régional, quelle politique de transport ? Au niveau local, quand on est élu·e, on prend quotidiennement des décisions – en tout cas, en Conseil Municipal – pour savoir comment on va construire, quelle alimentation scolaire, quel établissement sportif, etc. Toutes ces décisions ont un impact sur la santé. Si l'on ne se pose pas la question pour que ces décisions au minimum ne nuisent pas à la santé de



## RETOUR SUR...

JOURNÉE D'ÉTUDE

WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

la majorité de la population et n'aggravent pas les inégalités sociales et/ou territoriales en santé, on ne fait clairement pas de la santé publique, mais on fait n'importe quoi. On fait alors de la politique et parfois, on ne fait pas ce qu'il faudrait faire.

Ne pas nuire, cela veut dire l'évaluation de l'impact en santé, ce qui veut dire la santé dans toutes les politiques, ce qui veut dire un·e vrai·e délégué·e interministériel·le auprès du Premier ministre. Après tout, un Président sortant rentrant a décidé que le Premier ministre allait être chargé de la transition écologique ; il pourrait également être chargé de la santé de la population dans toutes ses composantes. Cela ne serait pas plus ridicule et c'est la même chose.

Il me vient une troisième idée qui est la question des alliances. Puisque nous ne sommes pas entendus depuis 20 ans, alors que nous savons que nous avons raison – en tout cas, pour ceux·celles qui sont ici –, comment faire des alliances ? Il me semble que l'une des alliances indispensables et fondamentales aujourd'hui est l'alliance avec les militant·es de l'environnement – nous le disons comme cela, vous comprendrez ce que cela veut dire. La question de la santé environnementale, qui n'est pas assez saisie par les acteur·rices de la santé, ni par les acteur·rices de l'environnement, est un levier formidable pour faire entendre, parce que cela concerne tout le monde. Personne n'est indifférent au fait que la fertilité masculine – je pense que le sujet intéresse tout le monde ici – ait diminué de 40 % en 30 ans. Personne n'est indifférent à cela, surtout quand on a des enfants et des petits-enfants. Je prends ce sujet au hasard, mais c'est pareil pour les pesticides. Essayons de faire des alliances avec des personnes qui pèsent – nous n'allons pas nous référer aux élections présidentielles pour savoir si elles pèsent ou non – et qui, dans l'opinion publique, ont du poids. Ce doit être des associations qui ont des structures et qui militent. Faisons-leur comprendre qu'il n'y a pas d'environnement durable si l'on ne se préoccupe pas de la santé, et vice versa.

Le quatrième élément est de protéger les plus fragiles. Comment fait-on une politique différenciée en fonction des besoins de la population ? Les besoins ne sont pas les mêmes quand on habite rue de Fleurus ou au Roucas-Blanc à Marseille, ou quand on habite à Saint-Denis. On ne peut pas faire la même chose, ce n'est pas sérieux de penser qu'une politique décidée par Santé Publique France ou par le ministère pourra avoir les mêmes effets positifs sur l'ensemble de la population, si l'on ne tient pas compte de la manière dont elle vit.



## RETOUR SUR... —

JOURNÉE D'ÉTUDE

-  
WORK IN PROGRESS !

L'URGENCE D'UNE  
REFONTE TERRITORIALISÉE

Le dernier point se fait au niveau local, parce que c'est là que l'on prend des décisions, que l'on a la connaissance de la diversité des populations, que l'on a des moyens d'action, que l'on a une légitimité à agir. Certes, il y a la démocratie participative et la parole des habitant·es, mais il y a aussi la démocratie représentative. Ainsi, on peut véritablement agir et faire de la santé publique locale. Après cela, il faut que ce soit aussi ascendant. Comme le disait Catherine, comment fait-on pour que le ministère, le Premier ministre et le Président soient convaincus de tout cela ? Ce sera l'objet de notre action auprès des futurs député·es. Merci.

**Bénédicte Madelin** : Je voulais juste terminer par la lecture des derniers mots de l'introduction du manifeste : « *Entendez-nous, nos voix comptent, nous avons une expertise. Nous sommes des acteur·rices et actrices, citoyens et citoyennes à part entière, et pas mis à l'écart, entièrement à part. C'est la démocratie qui est en danger* ».

**Didier Febvrel** : Merci beaucoup Bénédicte et Laurent. Avant que vous ne partiez, vous savez que ce sont les 10 ans de la Fabrique. Nous avions la possibilité de faire une petite fête que nous n'avons pas faite. Je chante et je suis dans un groupe qui s'appelle les « Grumpy papés ». En français, cela s'appelle les « Papés grincheux ». J'avais envie de vous offrir une chanson, qui s'appelle : « Pour me rendre à mon bureau ».



Fabrique Territoires Santé est une association tête de réseau national, créée en 2011. Elle vise à soutenir le développement des démarches territoriales de santé (Ateliers santé ville, contrats locaux de santé, conseils locaux de santé mentale, etc.) et se veut « plateforme de ressources » pour les acteurs et actrices de ces démarches.

Nous contacter :

[contact@fabrique-territoires-sante.org](mailto:contact@fabrique-territoires-sante.org)

[www.fabrique-territoires-sante.org](http://www.fabrique-territoires-sante.org)

Réalisé avec le soutien de :



AGENCE  
NATIONALE  
DE LA COHÉSION  
DES TERRITOIRES

