

Les contrats locaux de santé : un (timide) pas de plus vers une construction locale de la santé ?

Commentaire

Sébastien Fleuret

DANS **SCIENCES SOCIALES ET SANTÉ** 2016/2 (VOL. 34), PAGES 107 À 115

ÉDITIONS **JOHN LIBBEY EUROTTEXT**

ISSN 0294-0337

DOI 10.1684/sss.2011.0206

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2016-2-page-107.htm>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour John Libbey Eurotext.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Les contrats locaux de santé : un (timide) pas de plus vers une construction locale de la santé ?

Commentaire

*Sébastien Fleuret**

La loi HPST (Hôpital, patients, santé, territoire), votée en 2009 instaure la possibilité de créer des contrats locaux de santé (CLS). Dans leur article, N. Haschar-Noé et É. Salamero étudient la fabrique d'un CLS « en train de se faire » dans une approche socio-ethnographique qui observe les jeux d'acteurs, tensions et négociations à l'œuvre autour de la construction d'un instrument contractuel impliquant l'État (via l'Agence régionale de santé, ARS) et tout un ensemble d'acteurs locaux parmi lesquels on retrouve les élus et les professionnels de la santé, particulièrement du soin. Le propos de ce commentaire est de suggérer une lecture de géographe et une ouverture sur les enjeux territoriaux à partir des constats dressés dans cet article.

L'article pointe l'affirmation de l'État comme chef de file en matière de santé dans un processus de contrat local où les compétences entre l'État et les collectivités territoriales peuvent apparaître comme

* Sébastien Fleuret, géographe, UMR ESO, Université d'Angers, Maison de la Recherche (Germaine Tillion) – CNRS, 5 bis, boulevard Lavoisier, 49045 Angers Cedex 01, France ; sebastien.fleuret@univ-angers.fr

brouillées. S'il est clair que les ARS adoptent, dans le cadre des négociations entre acteurs, une posture dominante et finalement assez peu souple face à la nécessité de s'adapter aux contextes locaux, il peut être intéressant de mettre ce constat en contrepoint d'observations à partir de postures moins impliquées dans le processus de construction locale. En effet, si de nombreuses imperfections se lisent dans la mise en œuvre du dispositif de CLS (élaboration aux forceps, dans un cadre relativement flou), le fait même d'élaborer des contrats locaux de santé constitue une évolution notable, un pas qui, même timide, pourrait conduire vers une véritable construction locale de la santé (Fleuret, 2015), structurée, organisée, coordonnée, territorialisée qui demeure un manque criant en France (voir à ce sujet également les travaux de Vaillant et al., 2012). Les indices permettant de penser cela sont de trois ordres. Ils sont exposés successivement ci-après.

Les CLS : un changement dans la continuité

La place de la santé dans les politiques de la ville est loin d'avoir toujours été une évidence. Sans remonter à l'avènement de l'hygiénisme, un retour sur les évolutions observées depuis les années 1990 permet de comprendre en quoi l'instauration des CLS, si elle correspond à un changement, s'inscrit dans la continuité de processus qui sont certainement appelés à évoluer encore à l'avenir.

La première des continuités est celle de l'évolution de la vision et des postures des acteurs locaux (élus, professionnels du social, du médico-social et de l'éducatif, acteurs associatifs, etc.). Ceux-ci s'approprient désormais un nombre croissant de questions de santé au moyen d'outils tels que les contrats de ville puis les volets santé des contrats urbains de cohésion sociale, à travers les politiques d'animation territoriale dans certains pays ruraux, autour des actions des centres sociaux ou, plus récemment, via la mise en place d'observatoires locaux de santé, dont certains ont produit les diagnostics locaux préalables à la mise en œuvre de CLS. Cette appropriation locale de la santé, là où auparavant les élus avaient tendance à se réfugier derrière la formule « la santé n'est pas une compétence locale », se renforce progressivement depuis une vingtaine d'années, comme l'illustre la citation ci-après : « Au fond, il n'est pas nécessaire que le mot "santé" apparaisse formellement dans les programmes, dans les textes, dans les fonctions. C'est l'ensemble de la gestion d'une ville ou d'un village qui leur permet d'être "en santé" » (Deschamps JP, Congrès de l'association des maires de France, intitulé

Santé des populations, dynamiques des villes) 21 décembre 1995, cité dans Billard (1999).

Reste aujourd'hui à parachever le processus et notamment, à réussir à impliquer l'ensemble des acteurs dont les médecins généralistes là où, actuellement, seuls les plus militants intègrent les réflexions territoriales telles que les CLS. Si cela se comprend par l'aspect chronophage et non rémunéré de cette implication (1), il n'en reste pas moins regrettable que les premiers acteurs de la santé soient autant absents des réflexions portant sur la résorption des inégalités de santé sur leur territoire.

La deuxième continuité est celle de la démocratisation de la santé et du façonnement progressif d'une place pour l'usager-citoyen dans le système de santé. Toujours durant les années 1990 s'est imposée l'idée de placer le patient « au centre du système de santé » (Cépré, 2011). En 2002 la loi sur le droit des malades jette les bases à la fois d'un meilleur accès des patients à l'information médicale les concernant, mais prévoit aussi (et c'est ce qui nous intéresse ici) une meilleure représentation des usagers au sein des grandes institutions de la santé et des établissements hospitaliers. En 2004, la loi instaure les conférences régionales de santé que la loi HPST de 2009 transforme en CRSA (Conférences régionales sur la santé et l'autonomie). Supposées être des lieux d'exercice de débats démocratiques sur la santé, ces instances sont en réalité assez peu ouvertes au grand public et s'y expriment essentiellement des acteurs maîtrisant les codes du système de santé et son langage spécialisé. Il est bien compliqué parfois, comme le démontre le texte de N. Haschar-Noé et É. Salamero, pour des acteurs extérieurs au champ sanitaire de prendre leur place alors que des tensions préexistent déjà dans le cadre des jeux de pouvoirs entre acteurs du système. On ne trouve pas, dans leur texte, mention des CRSA qui pourtant sont territorialisées à une échelle infrarégionale (à travers l'organisation de conférences de territoire de santé), ce qui pourrait permettre (au moins en théorie) aux acteurs locaux de peser et éventuellement d'infléchir certaines orientations du projet régional de santé.

Enfin, la troisième continuité est celle de l'évolution générale du système sous l'effet d'une double pression économique (réduction des moyens) et épidémiologique (en lien avec le vieillissement de la population). La première conduit à la recherche d'économies dans le fonctionnement des établissements de santé, la seconde à une évolution des besoins en lien avec l'accroissement des maladies chroniques et des

(1) Néanmoins la loi HPST prévoit des rémunérations forfaitaires pour les actions de coordination et de coopérations entre professionnels.

prises en charge de longue durée. La combinaison des deux a mené au développement de l'ambulatoire (hospitalisation courte pour laquelle les soins de suite sont donnés à domicile). Ce développement de l'ambulatoire opère un transfert de prises en charge depuis la sphère des établissements vers les sphères de la famille et du territoire. De là apparaît un nouveau besoin, celui de structurer les interventions des acteurs de cette prise en charge et du soutien aux aidants, non plus au sein d'un service hospitalier mais sur le territoire. Cela se traduit, comme le montre le texte de N. Haschar-Noé et É. Salamero, par des enjeux sur le terrain qui s'expriment en termes de besoins de coordination et d'articulation entre les services (sociaux et de santé notamment). Si les réseaux de santé développés depuis une quinzaine d'année œuvrent dans ce sens, les CLS doivent constituer une étape supplémentaire.

Entre approche globale de la santé et fragmentation des acteurs

Les CLS et plus largement la loi HPST sont nés à la suite d'une évolution générale qui fait qu'il est désormais largement admis que la santé est tributaire d'un ensemble de déterminants complexes (Goldberg et al., 2002), inter-reliés et dépendant de leviers d'actions relevant de secteurs différents de l'action publique qu'il convient de décloisonner et d'articuler. Mais ces interactions entre les déterminants de la santé sont mal connues et plusieurs questions se posent. Dans les variations géographiques observables à la faveur d'un diagnostic territorial de santé, qu'est ce qui relève d'effets de composition (structure démographique et socio-sanitaire de la population) ou d'effets de contexte (configuration de l'environnement de vie de cette population) ? Plus largement cela renvoie à la difficulté de passer d'une vision individuelle de la santé à une vision de santé publique qui suppose une approche plus globale.

Une autre question est celle de la difficulté à fédérer les acteurs correspondant à chaque catégorie de déterminants de la santé, lesquels appartiennent à différentes structures (associations, services publics, établissements privés ou mutualistes) dont les intérêts peuvent diverger. Si ce phénomène n'est pas nouveau, il est accentué par une évolution récente liée à la raréfaction des budgets publics de plus en plus généralement soumis à des processus de contractualisation. Pour se faire reconnaître, pérenniser leurs structures, les faire financer, les acteurs de terrain sont désormais dans un contexte précaire qui génère des attitudes opportunistes. Ainsi, le CLS risque d'être vu davantage comme une opportunité de subvention que comme un outil d'amélioration de la santé sur le territoire.

Ces constats éclairent les difficultés que connaissent les promoteurs des contrats locaux de santé à clarifier les objectifs et à construire des synergies entre des acteurs dont les préoccupations sont bien souvent différentes, liées à une problématique de santé ou à un public ciblé dans une logique « verticale », là où dans l'idéal, la mise en œuvre d'un CLS nécessiterait une approche « horizontale », transversale à toutes les problématiques et à destination de tous. Là, la démarche territorialisée peut s'avérer un outil extrêmement utile car le territoire peut devenir le dénominateur commun. La transversalité naît alors du consensus qui s'établit pour répondre aux besoins du territoire dans son ensemble et non plus à une myriade de situations particulières. Reste à s'accorder sur les contours du territoire, ce qui n'est pas une mince affaire.

L'échelon local en santé et la question du millefeuille territorial français

Les CLS s'inscrivent dans une réflexion plus large entamée sur le fameux millefeuille territorial français et si une réforme est engagée au niveau régional, le CLS révèle l'importance de faire de même à l'échelle locale, celle de la proximité. Cette démarche a été engagée avec les territoires de santé et de proximité qui ont accompagné les SROS (schémas régionaux d'organisation sanitaire) de 3^e génération. Mais, en l'absence d'une réelle territorialisation de premier niveau de la santé en France (liée en partie au principe de la liberté d'installation des médecins libéraux), la proximité reste une notion floue, sans contours précis et, finalement, le bon niveau de proximité est celui où les interactions font sens.

À ce stade, une précision sur la façon dont la géographie peut venir enrichir la compréhension des processus de construction locale de la santé semble utile. La géographie sociale se définit comme l'analyse de la dimension spatiale des sociétés partant du postulat qu'il n'existe pas de société détachée de son territoire et qu'à l'inverse, tout territoire est façonné par la ou les sociétés qui l'habitent. Appliquée à la santé, cette posture invite à étudier comment les variations spatiales des faits sociaux peuvent se lire dans des indicateurs de santé (créant des inégalités) et inversement, comment l'organisation des sociétés impacte de manière spatialement différenciée les déterminants de la santé. La géographie invite dès lors à penser le rapport entre santé et territoire sous différents angles. Le premier est celui qui consiste à comparer les territoires en recherchant les éléments variant et invariant qui peuvent être corrélés aux indicateurs de santé et expliquer certaines inégalités. L'organisation des

acteurs de la santé et les diagnostics locaux sur lesquels ils peuvent fonder leurs actions sont des composants de cette grille de lecture. Le deuxième angle d'approche consiste à comparer les échelles entre elles. Ce qui s'observe à l'échelon local ne se lit pas forcément de la même façon aux échelons supérieurs. C'est particulièrement vrai dans l'analyse des jeux d'acteurs qui ne se rencontrent pas et n'interagissent pas tous simultanément, ni de la même façon à diverses échelles. Le texte de N. Haschar-Noé et É. Salamero illustre parfaitement cela. Enfin, un troisième angle d'approche consiste à repérer des effets de lieu (Chevalier et al., 1984) ou effets de contexte (Goldberg et al., 2002), pour faire de la géographie, de l'agencement des territoires, une véritable variable explicative. Des typologies socio-sanitaires spatiales peuvent ainsi être dressées (Fleuret et Apparicio, 2011 ; Lucas-Gabrielli et al., 1998) et, partant, suggérer des formes de planification en santé, d'aménagement du territoire (Vigneron, 2005) et d'organisations contractuelles de partenariat comme les CLS. Il ne s'agirait plus dès lors de répliquer d'un territoire à un autre des actions issues de « fiches-types » standardisées, en s'abritant derrière les termes de local et de proximité qui font de beaux discours mais s'accommodent finalement mal des réalités de terrain, comme décrit dans l'article commenté ici. Il s'agirait au contraire d'adapter les actions à chaque type d'espace géographique concerné en fonction des spécificités locales qu'il faudrait, bien évidemment, préalablement identifier au moyen d'une analyse géographique.

Dans un récent travail de recherche dans l'Ouest de la France (programme ANR Automed), nous avons pu observer l'existence de communautés de pratiques (Larramendy et Fleuret, 2015). En un lieu (nous avons spécifiquement étudié le cas de Saint-Nazaire), on observe des similitudes dans le comportement des professionnels de santé, tant dans leur approche de la relation au malade et de la prescription que dans leur lecture des interactions entre santé et environnement (socio-économique notamment). Cette convergence de vue se retrouve également dans le secteur social (Robin, 2015) et correspond à la fois à des effets de contexte spécifiques au bassin de vie nazairien et à une histoire locale marquée par l'expérimentation d'un centre de santé intégré, au début des années 1980 (Coutant et Lacaze, 1989). De l'histoire et de l'agencement des lieux est née une configuration spécifique, des rapports particuliers entre acteurs, des façons de faire dont il faut tenir compte pour planifier localement des actions de santé.

Actuellement, la notion de proximité est déclinée à toutes les échelles. Dans les discours, la région, les départements, les intercommunalités comme les communes sont appelés à remplir des missions de proximité. Or, c'est au niveau local que se tissent les liens étroits entre

acteurs qui se retrouvent mobilisés autour des problématiques communes qu'ils rencontrent. Mais ceux-ci font face à deux difficultés. La première est l'enchevêtrement des périmètres d'action dans lesquels ces acteurs s'insèrent : commune, communautés de communes, pays, départements, mais aussi unités territoriales d'action sociale, secteurs psychiatriques, périmètres de coordination gérontologique, circonscriptions scolaires, etc. Chaque acteur, outre son champ d'action sectoriel, est inscrit dans un périmètre qui ne recouvre pas totalement ceux de ses partenaires. La deuxième difficulté est la constante opposition entre des initiatives locales que les autorités centrales (ici l'ARS) doivent soutenir, et le processus d'application descendante des politiques de santé. Dans l'exemple considéré ici, la difficulté naît de la volonté d'appliquer rapidement et sous la tutelle de l'ARS un mode de mise en place des CLS qui doit, entre autre, reposer sur un diagnostic territorial qui lui, a contrario, émane du terrain. Le constat dressé en Ariège n'est pas unique et, dans de nombreuses régions, la volonté d'avancer à marche forcée a conduit les ARS à mettre en place des dispositifs rigides qui ne laissent ni la liberté, ni le temps aux acteurs locaux pour construire des diagnostics qui auraient pu reposer sur des indicateurs originaux, s'éloigner des portraits de territoire classiques et générer ainsi de l'innovation en identifiant de nouveaux besoins ou en suggérant de nouvelles formes d'organisation. Cela pose plus largement la question de l'animation territoriale en santé.

Conclusion

Si le texte de N. Haschar-Noé et É. Salamero révèle bien, et à juste titre, les difficultés à faire travailler ensemble des acteurs disparates inscrits dans des préoccupations et des échelles variables, il ne faut pas occulter le fait que la conscience d'une nécessité de construire la santé (et les conditions propices à la santé des populations) à l'échelle locale et dans les territoires est récente et que chaque petit pas pour renforcer ce processus est une avancée. Certes, il manque encore en France une véritable structuration de l'échelon local en santé, qui irait probablement de pair avec quelques contraintes (par exemple, une réforme de la liberté d'installation des médecins) pour lesquelles l'opinion publique et les corporatismes ne sont pas encore prêts. Mais il est vraisemblable que, dans le futur, les CLS seront vus comme un jalon essentiel dans une évolution vers cette nécessaire structuration. L'enjeu est de créer les conditions propices pour l'étape suivante qui serait l'avènement de réels territoires de proximité en santé sur lesquels se construiraient non seulement une

offre de soins mais également tout un tissu d'actions inter-reliées et décloisonnées, impliquant l'ensemble des acteurs du territoire. Cela passerait par une vraie réforme territoriale pour défaire les enchevêtrements d'échelle, clarifier les périmètres d'action et les niveaux pertinents d'intervention en s'efforçant de mettre tous les acteurs d'un même niveau d'intervention dans les mêmes découpages territoriaux. À quand un périmètre unique pour la planification des soins, les secteurs psychiatriques, l'action social et l'éducation ? Les réformes en cours actuellement (loi du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République) redistribuent les cartes et il est largement temps d'avancer sur ce sujet qui invite à faire une place à la géographie dans des réflexions par essence interdisciplinaires, ce que j'appelle de mes vœux.

Liens d'intérêts : *l'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.*

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Billard V., 1999, La santé dans les politiques de la ville, Étude bibliographique pour le Conseil National des Villes, *MDSL-Intervention santé*.
- Cépré L., 2011, *Rivalités, territoire et santé : enjeux et constats pour une vraie démocratie sanitaire*, Hérodote, 143, 65-88.
- Chevalier J., Frémont A., Herin R., Renard J., 1984, *Géographie sociale*, Paris, Masson.
- Coutant D., Lacaze J., 1989, *Hier une médecine pour demain. Le centre de santé de Saint-Nazaire*, Paris, Syros Alternatives.
- Fleuret S., Apparicio P., 2011, *Essai de typologie des centres de santé et de services sociaux au Québec*, The Canadian Geographer/Le Géographe Canadien, 55, 2, 143-157.
- Fleuret S., 2015, *Construction locale de la santé : quels sont les facteurs de réussite des projets locaux de santé communautaire ?* L'Espace Politique ; <http://espacepolitique.revues.org/3459>
- Goldberg M., Melchior M., Leclerc A., Lert F., 2002, *Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé*, Sciences Sociales et santé, 20, 4, 75-128.
- Larramendy S., Fleuret S., 2015, *Automédication : l'influence du contexte local dans les perceptions et pratiques des médecins généralistes*, Revue Francophone sur la Santé et les Territoires [en ligne].

Lucas-Gabrielli V., Tonnelier F., Vigneron E., 1998, Une typologie des paysages socio-sanitaires en France, Questions d'Économie de la Santé, 10, 1-4.

Robin R. 2015, Mutations de la société et travail social : expertise sociale et développement du pouvoir d'agir en questions, Communication aux journées de l'Association internationale pour la formation, la recherche et l'intervention sociale, Porto ; http://aifris.eu/04exploitress/ct_fiche.php?id_article=3523

Vaillant Z., Rican S., Salem G., 2012, Les diagnostics locaux de santé : levier de sensibilisation et de mobilisation pour le pilotage des politiques locales de santé publique visant à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ? Bulletin de l'Association de Géographes Français, 89, 2, 184-193.

Vigneron E., 2005, Une conscience géographique de la santé, Sciences Humaines hors-série, 48, 80-82.