



Dans le prolongement de son rapport de 2006 sur « la mobilisation de tous pour construire un service de santé » qui proposait une stratégie pour une politique régionale de santé, l'assemblée socioprofessionnelle a souhaité apporter une nouvelle contribution centrée sur les territoires et les populations qui y vivent.

La notion de territoire se retrouve en effet au centre des préoccupations sanitaires et sociales. Les politiques publiques doivent certes prendre en compte l'évolution démographique de

la population et l'évolution de sa répartition sur les territoires, mais aussi l'évolution de la démographie médicale et l'augmentation des inégalités sociales et territoriales de santé.

La mise en place de l'Agence régionale de santé (ARS), le renouvellement profond de l'organisation régionale du système de santé mais également la réaffirmation de la prise en charge des questions de santé par le Conseil régional, sont des moments opportuns pour renouveler les analyses et proposer des pistes d'action dont l'objectif est d'ouvrir une réflexion régionale sur les « territoires de santé » et les projets sanitaires de territoires.

■ Des constats issus de travaux universitaires très récents

○ Les attentes et pratiques des populations en matière de santé s'expriment dans un emboîtement territorial (quartier, commune, ville, département, région... territoire national voire international) comme d'autres secteurs de la vie quotidienne : travail, éducation, culture,... La prise en compte des territoires dans leurs différentes dimensions : espaces de vie, de services, cadre de mobilisation des acteurs, référence pour la programmation d'équipements structurants,... est déterminante. Les territoires relèvent aussi de l'affectif, du sens et d'une construction sociale. Ils sont donc évolutifs en fonction notamment des pratiques des habitants (passées, actuelles et à venir).

○ Si l'espérance de vie de la population ne cesse de progresser, les inégalités socio-économiques de santé (en fonction des revenus, de la catégorie socioprofessionnelle,...) persistent et même augmentent : 7 ans d'écart d'espérance de vie à 35 ans entre un ouvrier et un cadre supérieur en 1999 (6 ans en 1984). Des travaux universitaires récents tendent à compléter le poids des inégalités socio-économiques pour expliquer cette hausse par des différences en termes de « vivre ensemble » et en prenant en compte le « capital social »¹. Selon certaines études et enquêtes menées, notamment aux Etats-Unis, le milieu de vie affecterait les attitudes, les croyances et les attentes des

individus à l'égard du système de soins et la réduction des inégalités de santé passerait alors par l'amélioration de la qualité de vie et du lien social.

○ Les politiques d'aménagement du territoire, de cohésion sociale auront un impact en matière de santé des populations : cet impact est aujourd'hui peu connu, non quantifié et très rarement proposé comme argumentaire d'une politique de santé. La traduction concrète de la prise en compte des déterminants psycho-sociaux de santé dans les politiques publiques reste aussi très marginale.

■ L'implication des intercommunalités

En Poitou-Charentes, l'implication des intercommunalités reste pour le moment modeste dans le domaine de la santé, si ce n'est la question de l'implantation des professionnels de santé. Que ce soit à travers des maisons de santé, l'amélioration des services de transports ou le financement de plateaux techniques mobiles..., les communautés de communes, les pays et les agglomérations ont pourtant un rôle majeur à jouer dans la création d'une dynamique d'amélioration de l'accès aux soins sur leur territoire. Le cas du Pays Sud Charente, seul Pays à ce jour en Poitou-Charentes ayant élaboré un projet sanitaire de territoire est à cet égard exemplaire. L'objet est avant tout de réfléchir au contenu des services qui doivent être disponibles dans les territoires, à la manière de les organiser, puis de mobiliser les acteurs pour les assurer vis-à-vis de la population résidente. La coordination des professionnels sur le territoire et l'utilisation des technologies de l'information et de la communication sont un préalable et une condition pour améliorer l'accès à la santé et aux soins.

■ Des territoires construits avec les habitants

Pour le CESR, le territoire de santé (en référence aux textes réglementaires et aux différents travaux conduits sur la question) doit être :

- le cadre d'actions pour l'organisation des soins ;
- le cadre de la concertation et la construction de partenariats ;
- l'espace de mobilisation des élus et d'expression citoyenne. Cette conception sous tend l'élaboration de vrais projets de territoires en matière de santé associant l'ensemble des acteurs (professionnels du sanitaire et social, élus locaux et citoyens).

Les citoyens doivent avoir la capacité de s'exprimer dans leurs territoires de vie sur les questions relevant de la santé à travers leur engagement (d'adhérents ou de militants). Les organisations supports de la démocratie participative (Conseil de quartier, Conseil de développement de pays et d'agglomération, Conseil économique et social régional) peuvent et doivent s'emparer des questions de santé sur les différents territoires.

(1) Robert David Putnam, Politologue américain et professeur d'université à Harvard s'est rendu célèbre par ses écrits sur l'engagement civique, la société civile et le capital social. Robert Putnam est l'un des contributeurs majeurs aux Etats-Unis et dans le monde du concept de capital social.

PISTES D' ACTIONS A EXPLORER SELON LE CESR

A. Reposer la question des territoires de santé sous la conduite de l'ARS

En Poitou-Charentes, c'est l'analyse des bassins de vie, des flux de patients vers les établissements de santé et les temps d'accès aux plateaux techniques qui ont guidé les découpages des territoires de santé. Ces territoires ne correspondent pas forcément aux limites des territoires de gestion locale et d'organisation politique : communautés de communes, pays, communautés d'agglomérations, et Schémas de cohérence territoriale (SCOT)...

Le CESR propose que les territoires de santé actuels soient révisés sous la conduite de l'ARS en respectant un certain nombre de conditions, tant sur la forme que sur le fond :

- L'élaboration des territoires de santé surtout infradépartementaux doit se faire dans le cadre d'une large concertation avec étapes de validation et d'appropriation des découpages territoriaux proposés. La méthode d'élaboration de l'Agenda 22² en Poitou-Charentes est à cet égard exemplaire et pourrait guider la démarche mise en place par l'ARS.
- Sur le fond, il semble nécessaire de rapprocher au maximum les territoires d'accès aux soins des territoires d'aménagement du territoire et de gestion (Schéma de cohérence territoriale -SCOT-, Établissement public de coopération intercommunale -EPCI-), des territoires de projets et d'expression citoyenne (pays et agglomérations prenant en compte la dimension santé) dans un souci de cohérence territoriale et de « bonne gouvernance ».

B. Poursuivre l'accompagnement des territoires pour l'élaboration et la mise en oeuvre de projets territoriaux de santé

En 2006, le CESR proposait au Conseil régional d'impulser une dynamique de santé publique dans les territoires et une mobilisation commune des différents acteurs.

- Ces constats restant d'actualité en 2010, le CESR propose que l'accompagnement des territoires déjà inscrit dans les politiques régionales se poursuive, voire s'amplifie avec :
 - La mise en place d'animateurs territoriaux de santé. Cet accompagnement régional pourrait être ciblé sur des territoires « prioritaires » en coordination avec l'Agence régionale de santé.
 - La sensibilisation, formation des animateurs territoriaux (déjà financés par le Conseil régional) à la prise en compte des problématiques de santé/prévention.
 - L'incitation et l'accompagnement des réseaux multi-professionnels (sanitaires et sociaux) sous certaines conditions (répondant aux priorités régionales) et l'incitation au développement de la télémédecine.
 - La mise en cohérence de l'intervention des différents partenaires (dans le cadre notamment des contrats locaux de santé prévus dans la Loi « Hôpital, patients, santé et territoires »).
- Au-delà d'un accompagnement régional des projets territoriaux de santé, la politique régionale pour améliorer l'offre de soins, développer une culture de santé publique, organiser la graduation des

soins,... doit se poursuivre. Il faut garder une capacité d'innovation et d'expérimentation, parfois sortir des solutions classiques et des financements fléchés pour apporter des réponses adaptées.

- Enfin, compte tenu des spécificités de Poitou-Charentes (ruralité et zones de faible densité), le chaînage et la communication entre les professionnels sont les seuls moyens de réduire certaines fractures territoriales et sociales. La communication entre professionnels de santé, depuis l'accueil de proximité jusqu'au spécialiste, est indispensable. La télémédecine et la mise en place du dossier médical partagé sont aussi des enjeux déterminants pour l'avenir.

C. Renforcer l'observation, la veille et lancer de nouveaux programmes de recherche

Si la mise en commun de données est un préalable essentiel à la définition d'une politique régionale de santé publique coordonnée et efficace sur l'ensemble des territoires, si des progrès importants ont été réalisés, la mutualisation des données et des acteurs peut encore s'améliorer.

- Les diagnostics territoriaux de santé (pays et agglomérations) sont souvent l'élément déclencheur de la mise en place d'un projet territorial de santé. Leur généralisation pourrait être envisagée dans un cadre partenarial, Agence régionale de santé - Conseil régional - territoires.
- En lien avec l'Université, l'Observatoire régional de la santé et différents partenaires, il serait intéressant d'améliorer la connaissance des déterminants de santé, en particulier le « capital social » :
 - Identifier des « cantons tests » ou territoires du Poitou-Charentes qui devraient présenter le même profil au regard de la santé de la population mais qui diffèrent.
 - Prévoir systématiquement une analyse « impact santé » des différentes actions et mesures « lien social » mises en place (accès aux clubs sportifs, aides aux départs en vacances, actions en direction des personnes âgées,...).
 - Améliorer et soutenir la recherche en santé-environnement.
 - Enfin, l'accès à l'emploi, à des services de proximité, à la culture, à la pratique sportive, à la formation initiale et continue, de même que la vitalité de la vie associative, les liens sociaux sur un territoire... sont autant de facteurs qui contribuent à la « bonne » santé des populations et à la qualité de vie sur les territoires. Cela se vérifie-t-il dans le temps ? Par exemple, la perte de leadership de Poitou-Charentes en termes d'espérance de vie est-elle liée à une dégradation du lien social ?

L'ambition du CESR dans cette nouvelle contribution n'est pas de proposer les territoires de santé optimum mais d'attirer l'attention des représentants de l'Etat et des élus sur des éléments de méthode et sur la nécessaire concertation pour la définition des territoires de santé. Cette contribution est avant tout une invitation à la réflexion commune et à la prise de parole des décideurs et des citoyens pour permettre la concrétisation de la démocratie sanitaire inscrite dans la Loi.

(2) Agenda 22 : l'Agenda 22 peut être qualifié comme un ensemble de bonnes pratiques pour améliorer les conditions de vie des personnes en situation de handicap. Il propose aux collectivités publiques un cadre pour conduire une politique transversale en direction des personnes en situation de handicap, à partir des 22 règles définies par l'Assemblée générale des Nations-Unies.