



HAL
open science

La santé en territoires

Alain Vaguet

► **To cite this version:**

Alain Vaguet. La santé en territoires. CIST2011 - Fonder les sciences du territoire, Collège international des sciences du territoire (CIST), Nov 2011, Paris, France. pp.461-465. hal-01353219

HAL Id: hal-01353219

<https://hal.science/hal-01353219v1>

Submitted on 10 Aug 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

La Santé en Territoires

AUTEUR

Alain VAGUET, IDEES (France)

RÉSUMÉ

Cet article se propose de présenter comment les questions de santé s'articulent avec la notion de territoire. Ce binôme santé/territoire rencontre logiquement la géographie sociale et politique dans la mesure où la gestion du principe d'égalité passe souvent par l'espace. Dès lors, les compétences sanitaires se trouvent distribuées dans divers types de territoires avec des succès variables. En réunissant quelques éléments bibliographiques sur le sujet, nous présenterons diverses tendances et interprétations des évolutions contemporaines.

ABSTRACT

This text wish to underline how public health concerns may be introduced through the concept of territory. Those two words, health and territory, may usefully mix each other in social and health geography. As a matter of fact, sanitary authorities depend upon several territories and if they want to treat equally the citizen, they have, at least to manage properly the spatial distribution of medical services. Using selected publications; we will introduce some ideas to highlight contemporary debates in this field.

MOTS CLÉS

Territoire, Santé, décentralisation, régionalisation, démocratie sanitaire, local.

INTRODUCTION

Le terme de santé est souvent utilisé en sciences sociales dans un sens plus large que dans la seule activité médicale. Il ne s'agit d'ailleurs pas seulement de considérer la santé comme une absence de maladie mais plutôt comme un état de bien-être et même une capacité à faire face aux difficultés de la vie. « La santé et la maladie ne peuvent se définir seulement en terme anatomiques, physiologiques ou mentaux. La véritable mesure consiste pour l'individu, à fonctionner de façon acceptable pour lui et pour le groupe auquel il appartient » (Dubos, 1979). On admet ainsi que le principal déterminant des états de santé n'est pas tant génétique, ou lié à l'encadrement médical, que dépendant des conditions socio économiques et du niveau d'éducation. Ce faisant, on intègre la santé de l'individu dans un contexte sociétal général sur lequel la santé publique peut avoir prise. Cette dernière, correspond pour le grand public aux actions médicales préventives, par exemple la couverture vaccinale ou la lutte contre les maladies transmissibles mais la nouvelle santé publique se déclare pluridisciplinaire, en intégrant les facteurs sociologiques et environnementaux dans les critères nécessaires pour améliorer la santé des populations.

D. Fassin a beaucoup contribué à formuler une critique de la santé publique. Sans oublier que celle-ci se base sur l'épidémiologie et des outils scientifiques de mesure, il insiste pour en modérer l'aspect positiviste. En particulier, il montre comment se construit la politique de santé publique qui sous entend que, par exemple, certaines déviations (addictions) se traduisent désormais en risque sanitaire et que le processus de médicalisation souvent dénoncé, traduit souvent en langage médical un problème de

précarité (saturnisme et habitat). Souvent donc, le principe de l'ordre public dépasse celui de l'objet de la clinique médicale, faisant ainsi entrer la toxicomanie, par exemple, dans une territorialisation de l'intervention publique. Or la santé touche spécifiquement les citoyens, dans leur intimité, leur souffrance, ce qui constitue une « ressource de légitimation particulière » pour tous les pouvoirs. Après la médicalisation et le contrôle social des corps, passage du social au médical, la politisation et sa corollaire la territorialisation, correspondent à la mise dans la sphère publique et donc sur l'agenda politique d'affaires privées. Nous prendrons quelques exemples pour montrer comment le territoire est utilisé en tant qu'instrument de gestion de la santé.

SANTÉ ET GOUVERNANCE FACE AUX TERRITOIRES

Si l'on accepte la méthode de la comparaison, au Royaume Uni la question de la décentralisation ne s'est jamais posée comme en France. Le gouvernement garde en effet un contrôle important sur le système de soins, les institutions périphériques ne disposent que de marges étroites. Ils ont cependant osé confier une autonomie financière aux médecins eux-mêmes, ainsi qu'aux trusts. Ces hôpitaux sont financés en partie par les instances régionales, sous contrat avec les médecins et les autorités sanitaires de districts) pour que ceux-ci, en acheteurs avisés, achètent pour leurs patients les meilleures prestations (radiographie, analyses médicales etc.) au meilleur rapport qualité prix.¹ De cette façon, les professionnels de la santé ont eux-mêmes poussé leurs pairs des hôpitaux à améliorer la qualité de leurs prestations. Cette forte centralisation, faute d'être à la mode, a montré des capacités d'adaptation remarquables au moment de l'arrivée du sida². On ne peut pas en dire autant pour l'hexagone.

En France, la décentralisation croise la question des compétences sanitaires des diverses autorités territoriales³. L'état naguère seul garant du droit à la santé a partagé la charge avec des niveaux plus ou moins locaux, de la région à la commune. Les budgets octroyés par la loi annuelle de financement, Loi de Finance de la Sécurité Sociale (LFSS) sont, depuis 1996, proposés par le gouvernement et discutés au Parlement. Ils sont de plus en plus gérés au niveau régional par l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) et depuis 2010 par l'Agence Régionale de santé (ARS). De la sorte, on espère renforcer la cohérence des décisions sous l'angle des territoires.

Depuis la décentralisation, les compétences sanitaires des niveaux locaux se sont développées. Le Département dispose en la matière de plus de responsabilités que la Région ou que le Pays, la communauté de communes et l'agglomération. Officiellement, les communes gardent leurs actions sociales (CCAS) héritées de la Troisième République et gèrent, en complément des actions du Conseil Général, les services de portage de repas, aide ménagère, prévention et éducation à la santé. Mais finalement les travaux à l'échelle micro permettent d'ajouter que depuis plusieurs décennies, se réalise une décentralisation de fait, puisque les villes s'investissaient dans les questions de santé avant qu'on leur ait demandé.

En France, c'est ainsi qu'on a parlé de changement de modèle. Passage de l'Etat ordonnateur, unique responsable du droit à la santé, à l'Etat animateur⁴, coordonnateur des divers niveaux, des experts et des citoyens. On assume que ceux-ci ne sont plus des malades passifs, ils profitent d'une période de fragilisation des professionnels et

¹ Chenet L., 1995

² Stephen M., 2001

³ Lerouvillois G., Vinclet P., 2002.

⁴ Ghadi V., 2000.

souhaitent désormais construire une démocratie sanitaire dans laquelle ils pourraient prendre part aux décisions. Ces initiatives rénovent peut-être l'idée de citoyenneté et on observe bien un nouveau rôle des associations, en particulier depuis l'irruption du sida mais la question de la représentativité des usagers ne se règle pas simplement. Le maire, en tant qu'élu proclame qu'il représente ses concitoyens, usagers du système de soins. Pour autant, les élus de l'Assurance Maladie prétendent assurer ce rôle eux aussi, alors que les associations de malades n'entendent pas se laisser oublier non plus.

Toutes les décisions de l'Etat, financements, priorités de santé etc... reposent en région sur une alchimie subtile, composé savamment entre les divers acteurs du système et donc des divers niveaux de compétence territoriaux. Les grandes villes sont parfois représentées mais ni les petites, ni les territoires de santé. Est-ce souhaitable ? Car, lors de la décentralisation des compétences sanitaires, les Départements ont été bien servis mais pas les communes. En résumé, on voit que l'horizontalité, si souvent prônée comme alternative à la hiérarchie verticale, se cherche encore, pendant que d'autres mouvements de fond traversent le monde de la santé, comme la marchandisation et la financiarisation⁵.

SANTÉ PUBLIQUE EN TERRITOIRE, BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE

En 1998, suite à une série de travaux collectifs PIR Villes CNRS⁶, à l'échelle locale dans 6 villes françaises, on peut retenir que les actions de santé publique recensées par les équipes constituent un « capharnaüm des préoccupations de la cité ». Un mélange entre les déclinaisons locales des décisions venues de l'état (politique de prévention, lutte contre les fléaux sociaux, salubrité, police du bruit...) et des expériences socio sanitaires répondant aux questions exigeant des réponses immédiates. (Elus interpellés car des seringues usagées traînent dans les aires de jeux des enfants). Dans tous les cas, d'un territoire à l'autre, les actions diffèrent. Cette municipalisation de fait (et non de droit) de la santé publique s'avère hétérogène, en particulier vu la modestie des budgets. La politique de la ville (1992), orientée vers les quartiers démunis, elle-même peu dotés avait, de toutes les façons, peu investi le champ sanitaire.

Les conclusions de D. Fassin fustigeaient la production trop modeste de la santé publique locale par rapport à ses ambitions. D'ailleurs comment pouvait-elle à elle seule diminuer les inégalités et la paupérisation, principaux déterminants de la santé. Les auteurs considéraient qu'il s'agissait plus de mobilisation de bonne volonté (réseaux sociaux d'agents) qu'une réponse effective aux problèmes. Pour autant ils nuançaient en montrant que la santé publique apparaissait comme le dernier langage du social et que l'impératif sanitaire valait mieux que la répression policière.

Un autre ouvrage plus récent regroupe des travaux collectifs de géographie sociale : La santé, les soins, les territoires, penser le bien-être⁷, il abouti à un résultat sensiblement similaire. «L'approche par les besoins des plus démunis fait prendre conscience des risques de création de nouvelles inégalités par la complexité croissante de ce système qui, dans ses progrès, défavorise relativement ceux qui n'ont pas accès à toute l'information disponible et utile ». On en vient à mettre le doigt sur le local comme porteur d'inégalité. L'état et les préfetures ont eu davantage la possibilité de réagir, en

⁵ Curtis S. 2004

⁶ Fassin D. 1998.

⁷ Fleuret S, Sechet R, 2002.

trouvant des moyens de mobiliser les hôpitaux dans le cadre de la lutte contre l'exclusion (PRAPS) et surtout en mettant en place la CMU.

Dans ces travaux on note aussi que les communes, parents pauvres des contrats de ville (1994) sont allés plus loin que ce qu'on leur demandait dans la décentralisation. « Le tissu associatif et les dynamiques de santé communautaires jouent ainsi un rôle fondamental dans l'accès aux soins des personnes isolées ou errantes ». Ceci dit, malgré les bonnes volontés, les interventions locales sont aussi décrites comme des vecteurs d'inégalités puisque selon le dynamisme des territoires et de ses agents, les possibilités d'accès aux services varient beaucoup. Pour autant, les auteurs, en se référant à la charte d'Ottawa et au réseau ville santé de l'OMS, défendent le territoire local, par exemple celui du maire, car il est perçu comme un creuset intégrateur de toutes les dimensions de la santé.

Idee reprise par L'Institut des Villes qui a consacré un ouvrage, en 2007, à la place de l'élu communal et intercommunal dans l'élaboration de programmes territoriaux de santé et de développement durable.

Un grand nombre de témoignages et d'expériences sont consignés et permettent de comprendre que les questions de santé commencent à monter en charge localement. Cette évolution est réjouissante bien que la majorité des communes ne soient pas en mesure de faire face aux services minima, en particulier en matière de personnel formé, d'autant que cela ne relève pas de leur compétence. Que peut faire un élu lorsque les citoyens se plaignent de l'absence de professionnels de la santé sur leur territoire, si ce n'est de les renvoyer vers les législateurs qui ne trouvent pas le moyen de mieux répartir les services de soins.

Les journaux en témoignent, beaucoup de luttes sont organisées par les maires pour défendre leur hôpital, au titre de l'emploi qu'ils représentent et de la sécurité sanitaire qu'ils incarnent. Pour autant, les instances nationales insistent pour organiser des restructurations des services contre les défauts de qualité. Une sorte de dialogue de sourds prenant en otage les citoyens mal informés sur les critères de qualité.

Vu sous l'angle des grands établissements de soins, les plus petits ne correspondent pas aux critères nécessaires, pour le dire autrement, au temps des mobilités, la proximité s'efface au profit de la technicité. Une étude commandée par la Caisse des Dépôts, préconise de concentrer l'offre sanitaire dans 250 villes contre actuellement 450⁸. Pour les maires des villes moyennes, cette recomposition hospitalière induit des risques de fermetures de services inadmissibles, ils cherchent à sauver « leurs structures » et leurs emplois. On peut voir ici une faiblesse de la démocratie qui autorise le cumul des mandats. Le maire local est souvent aussi un élu national, parfois ministre, qui peut se prévaloir de toucher des décideurs nationaux et participer à un lobby efficace pour protéger les prérogatives et égoïsmes locaux, au nom de l'aménagement équilibré et juste du territoire. A l'inverse, on peut dire que le cumul constitue le vecteur tant recherché qui fluidifie les articulations multi niveau.

Certains collègues géographes et économistes se sont engagés dans la croisade pour sauver les petites structures de soins en montrant, économétrie à l'appui, que la fermeture coûtait plus cher à la collectivité que son maintien⁹. Les questions de coûts confisquent souvent les vrais débats. Et l'on retrouve au fil des articles de presse, des déclarations contre la T2A, qui par sa gouvernance comptable défavorise les petits établissements, au profit de l'hyper concentration¹⁰.

⁸ Vigneron E., 2007

⁹ Bailly, 1995

¹⁰ Malvy M. Balligand J.P., 2009

Toute proportion gardée, on trouve exactement les mêmes questions que dans le Tiers Monde où un grand nombre de dispensaires mal dotés fonctionnent quasi à vide. On trouve également dans les deux cas, les mêmes réactions des militants qui refusent toute proposition de concentration autour de quelques établissements solidement dotés, surtout si ces conseils viennent des experts de la Banque Mondiale¹¹.

L'avènement de spécialistes locaux des questions de santé peut se justifier au titre de relais des autres niveaux de prise de décisions, comme élément de rouage nécessaire à la transmission et à la compréhension de la diversité des situations locales. On trouve déjà en France des représentants des régions qui participent à certaines instances. La présence d'un directeur de la santé dans les villes peut ajouter transversalement les questions de santé à tous les dossiers traités par les mairies¹². Mais faut-il en attendre des changements très décisifs ?

Il convient plutôt de regarder vers la régionalisation de la politique de santé pour identifier des remèdes plus actifs. Les grands changements intervenus récemment en France viennent de l'Etat qui a décidé de renforcer l'organisation du système de soins au niveau régional. Depuis les ordonnances de 1996, tous les organismes professionnels, assurancielles, liés à la santé, affichent un pilotage et une observation à ce niveau. Le mouvement est encore en cours d'ajustement mais l'Agence Régionale de Santé parachève un mouvement territorial, débuté en 1996. Donc, l'échelle fine, de la ville à la région, commence bel et bien à s'ajouter à la politique sociale de l'état. Faut-il y voir une concurrence où comme on en rêve, une complémentarité ? L'avènement de l'idéal gouvernance multi niveaux ?

CONCLUSION

Dans le monde riche et pauvre, beaucoup de chercheurs tentent de penser le croisement santé, gouvernance, territoire. Ils témoignent tous d'initiatives venues d'instances globales et locales, destinées à favoriser l'horizontalité des pouvoirs sur les corps en sociétés et sur les systèmes de soins.

Le secteur sanitaire, vu sous le prisme des sciences sociales, montre sa pertinence d'observatoire des discours, ici ceux de la gouvernance de la santé en territoires.

AUTEUR

Alain **Vaguet**

Université de Rouen, UMR IDEES, 6266

Alain.vaquet@univ-rouen.fr

¹¹ Meunier A., 1997

¹² Demeaux P., 2006