

édition 2018

# Territoires, santé, bien-être

**L'ANNUEL**

DE L'INSTITUT DES HAUTES ÉTUDES D'AMÉNAGEMENT DES TERRITOIRES



L'Institut des hautes études d'aménagement des territoires s'adresse à des professionnels confirmés.

Ses formations offrent un espace de compréhension et de dialogue entre les différentes cultures professionnelles des acteurs qui concourent au développement et à l'aménagement des territoires.

### UN LIEU DE FORMATION, DE RÉFLEXION ET D'ÉCHANGES

Le cycle annuel met en débat les sujets fondamentaux du développement des territoires : dynamiques démographiques et sociales, gouvernance territoriale, politiques publiques, mutations économiques, transition écologique, révolution numérique, mobilités...

La formation dure une année, de janvier à décembre, et propose une dizaine de sessions de deux jours chaque mois, une mission d'étude dans un pays européen, des ateliers pour approfondir collectivement un sujet en lien avec le « fil rouge » de l'année.

### Un fil rouge annuel

Chaque année un thème particulier est approfondi dans ses relations avec le territoire.

**2018** Territoires, santé, bien-être

**2017** Les territoires et le monde

**2016** L'aménagement du territoire peut-il être démocratique ?

**2015** Entreprises et territoire

**2014** Après Colbert, les territoires ?

### La promotion 2018



10 régions



62 auditeurs



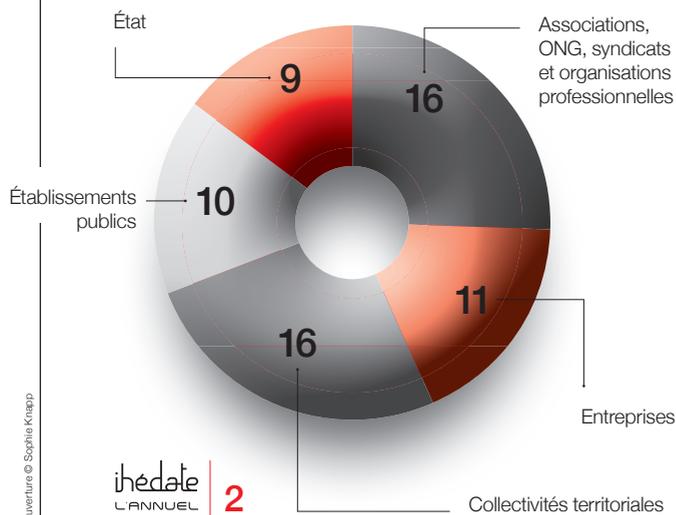
31 femmes



31 hommes



46 ans d'âge moyen



### UN CARREFOUR D'EXPÉRIENCES ET DE CULTURES

La formation s'adresse à des professionnels confirmés en responsabilité dans des politiques ou des activités économiques liées au développement territorial : élus, fonctionnaires d'État et de collectivités territoriales, cadres d'entreprises, opérateurs territoriaux, syndicalistes, acteurs sociaux, journalistes...

La formation mixe les regards académiques et les expériences d'acteurs et donne une large place aux producteurs de territoire dans leur diversité. Elle invite à réfléchir de manière décloisonnée afin de faciliter les échanges et les coopérations entre les auditeurs qui sont des acteurs à part entière de la formation.

## UNE EXIGENCE INTELLECTUELLE

L'Ihedate s'appuie sur un partenariat scientifique avec l'École des Ponts ParisTech et Sciences Po, et sur un conseil scientifique, composé de chercheurs reconnus. La formation fait intervenir chaque année une centaine d'intervenants d'excellence, chercheurs, experts et acteurs publics et privés.

Le conseil scientifique est présidé par Pierre Veltz et se compose de Stéphane Cordobès, Julien Damon, Laurent Davezies, Olivier Denert, Philippe Estèbe, Frédéric Gilli, Elisabeth Grosdhomme Lulin, Ludovic Halbert, Marie-Christine Jaillet, Patrick Le Galès, Jacques- François Marchandise, Nathalie Roseau, Michel Savy et Martin Vanier.

## UNE OUVERTURE EUROPÉENNE

L'activité européenne de l'Ihedate permet de décaler les regards par rapport à une approche hexagonale. Elle se décline au sein des sessions, et lors de la mission d'étude dans un pays européen qui permet des échanges approfondis avec nos voisins sur les politiques d'aménagement et de développement territorial.

### La mission d'étude

Pendant une semaine, le voyage est l'occasion d'observer concrètement les dynamiques et les politiques territoriales d'un autre pays européen. Il se déroule toujours dans une ambiance conviviale et favorise la création de liens entre les auditeurs.

**2018** Territoires, santé, bien-être en Suède

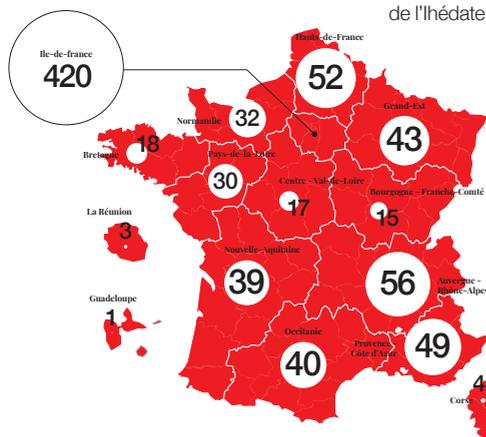
**2017** Les mondes du détroit de Gibraltar

**2016** Aménagement et démocratie : où en est le consensus néerlandais ?

**2015** Entreprises et territoires : sur les traces de la troisième Italie

**2014** Les stratégies des villes anglaises Londres - Liverpool - Manchester

D'où viennent les 820 anciens auditeurs de l'Ihedate ?



## UN RÉSEAU UNIQUE

Depuis la première promotion, en 2000, l'Ihedate a accueilli plus de 800 auditeurs. Le réseau est partie prenante de la vie de l'Ihedate, à travers l'implication des anciens auditeurs et des partenaires. L'association des auditeurs (AA-Ihedate) organise des rencontres qui permettent de maintenir les liens au-delà de la formation.

Retrouvez les événements organisés par l'Ihedate et l'association des anciens auditeurs sur <https://www.ihedate.org>

## UN ORGANISME PARTENARIAL

Afin de nourrir sa formation, pérenniser son réseau et assurer son indépendance, l'Ihedate s'appuie sur des partenariats variés avec des structures publiques et privées : le CGET, la Caisse des Dépôts, des ministères, des collectivités territoriales et leurs associations, des entreprises, des fédérations professionnelles.

La diversité des partenaires confère son originalité à l'Ihedate. Elle est garante de son indépendance intellectuelle et de la composition diversifiée des promotions. Au-delà d'une participation financière, les partenaires collaborent activement à la production des sessions et des ateliers et bénéficient du vivier de professionnels de l'Ihedate.



# L'ÉDITE

**Sandra MOATTI**

Directrice de l'ihédate



En choisissant, pour le cycle 2018, de considérer les territoires au prisme de la santé et du bien-être, notre conviction était que ce thème permettait de déployer de nombreux enjeux de l'aménagement et du développement territorial dans le souci de transversalité et de décloisonnement qui caractérise l'ihédate.

Cette conviction partait d'un double constat et devait affronter un défi. Le constat le plus élémentaire est que la santé est un besoin fondamental et universel. Elle concerne chacun d'entre nous, où que nous vivions, et conditionne largement la capacité à mener une vie de qualité. Elle est, par là même, un étalon majeur pour évaluer l'état d'une société, d'un territoire, et la réussite des politiques publiques qui y sont menées.

Le second constat est issu de l'état de l'expertise en santé publique : les déterminants de la santé sont multiples et fortement ancrés dans les territoires. La qualité de l'air, de l'eau, des sols, certains éléments liés au style de vie personnel, comme l'alimentation, la pratique sportive, ou encore les conditions d'habitat, de travail et plus largement le contexte socio-économique affectent largement l'état de santé. Sans oublier, bien sûr, l'accès aux soins. Mais le système de soins, essentiel certes

LA SANTÉ, NOUVELLE BOUSSOLE  
DES POLITIQUES TERRITORIALES

au moment critique de la maladie, joue un rôle mineur au regard de l'état de santé général d'une population. Or, en France plus qu'ailleurs, la santé est trop souvent réduite aux soins.

Mais si la santé est une valeur universelle, si ses déterminants sont multiples et étroitement imbriqués à l'ensemble de nos modes de vie, elle reste malgré tout un champ technique, d'un abord complexe. Construire un discours généraliste sur la santé, accessible à tous, intéressant aussi bien les acteurs du développement territorial que les professionnels du soin, tel était le défi.

Pour le relever, nous avons tenté de revisiter à l'aune de la santé les grandes questions qui structurent habituellement un cycle de l'ihédate : les transformations sociales, la dynamique des systèmes productifs, l'évolution des modes de gouvernance, les mobilités, l'agriculture et l'alimentation, les fractures territoriales...

La montée des préoccupations de santé dans la société tient essentiellement à deux grands facteurs : le premier est le vieillissement (plus on vieillit, plus la santé devient un sujet de préoccupation), l'autre est l'aspiration sociétale à un environnement sain. Le besoin de transparence et d'information sur les risques sanitaires liés à l'environnement découle en partie de la transformation des pathologies : les maladies chroniques sont désormais la principale source de morbidité - 5 décès sur 6 sont dus à des maladies non transmissibles en Europe.

Avec la santé environnementale, la notion de milieu fait son grand retour après plusieurs décennies d'éclipse. La conviction que le milieu joue un rôle primordial au regard de la santé a inspiré les courants hygiénistes dont les principes ont remodelé les villes au XIX<sup>ème</sup> siècle. L'insalubrité urbaine a si bien reculé que la médecine a délaissé le milieu externe pour se concentrer sur le milieu interne au XX<sup>ème</sup> siècle. Mais l'évolution des pathologies change la donne. Aujourd'hui,



LES AUDITEURS DE L'IHÉDATE À L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

la santé devient le principal vecteur de mobilisation de l'opinion en faveur de la préservation de l'environnement. Les décès prématurés attribués à la pollution de l'air mobilisent au moins autant - si ce n'est plus - que l'avenir du climat quand il s'agit de réduire la place de la voiture en ville. La santé est aussi le levier de la transformation de nos pratiques alimentaires et, à travers elles, des modes de production agricoles. Plus largement, l'échelle locale paraît la plus adaptée pour promouvoir une approche transversale de la santé, telle que promue par l'OMS (à travers notamment son réseau des villes-santé) : projets alimentaires, mobilités actives et pratiques sportives, qualité de l'air et de l'eau, atténuation du bruit, de la chaleur, adaptation aux handicaps... A travers tous ces aspects, la santé devient une boussole pour l'aménagement des territoires.

## VISITE DU QUARTIER DE LA CONFLUENCE À LYON



© Sophie Kraupp



© Sophie Kraupp

AGROPARISTECH REÇOIT L'IHÉDATE  
AUTOUR DES QUESTIONS D'ALIMENTATION

Valeur sociale montante, la santé est aussi une valeur économique et le moteur de nouveaux systèmes productifs. Le modèle de développement en train d'émerger peut être qualifié d'anthropocentré, c'est-à-dire centré sur le bien-être et le développement de l'individu. La croissance des ressources consacrées au système de santé, et plus largement au secteur de la santé est un des signes de cette évolution. Du bio à la nébuleuse du « care », de l'industrie pharmaceutique et des appareils médicaux à la silver-économie, sans parler de tous les développements de la santé connectée, la santé est au cœur d'un ensemble d'activités. L'essor des maladies chroniques et le vieillissement de nos sociétés ne peuvent qu'accentuer cette tendance, car la maladie n'est plus cantonnée à l'hôpital ou chez le médecin mais elle accompagne le malade dans ses lieux de vie... Or c'est au niveau local, au plus près des besoins des personnes, des usages, que s'inventent nombre d'innovations dans ce domaine, qui sont autant des innovations sociales que techniques. Nous en

avons eu un exemple à Strasbourg, où des coalitions d'acteurs s'organisent autour du thème de la santé, notamment dans le cadre du projet TIGA.

Cette économie centrée sur l'individu s'appuie sur des systèmes collectifs complexes, combinant industrie, services et, bien sûr, numérique. La santé offre une excellente illustration des usages et des mésusages du numérique sur le territoire. Plein de promesses, quand il développe les capacités des personnes (pensons aux handicapés notamment, mais aussi à chacun quand il nous permet par exemple de consulter à distance ou d'améliorer le suivi des traitements), le numérique est aussi porteur de risques. Les données personnelles de santé ouvrent ainsi sur des débats vertigineux, avec des risques de dévoilement, d'exclusion et de privatisation des bénéfices de l'exploitation des données. D'où la nécessité de ne jamais séparer le numérique des contextes socio-politiques dans lesquels il s'inscrit.

Mais nous n'avons pas esquivé bien sûr la question cruciale de l'organisation territoriale du système de soins, et le sujet sensible des déserts médicaux. Le sentiment de relégation et d'abandon ressenti dans certains territoires tient en partie au déficit de services de santé. Ce thème s'est d'ailleurs largement imposé au sein du Grand débat – alors qu'il était apparemment absent des revendications des gilets jaunes. Au contraire, la révolte, attisée par la taxation du diesel et la limitation de la vitesse à 80 km, semblait faire peu de cas des préoccupations de santé qui avaient présidé à ces deux mesures (au nom respectivement de la qualité de l'air et de la sécurité routière). Ce message n'est qu'apparemment contradictoire. Il traduit le désarroi d'une partie de la population de se sentir à la fois privée de services de santé de proximité et entravée dans ses déplacements.

Même si les pires déserts médicaux ne sont pas ceux que l'on croit (comme notre session en Seine-Saint-Denis nous l'a montré), et même si les inégalités territoriales de santé, bien réelles en France, sont avant tout des inégalités sociales, il n'en demeure pas moins que l'adéquation des soins dispensés à toutes les populations, quels que soient leur niveau de vie et leur lieu de résidence, reste un redoutable défi. La cohérence de l'aménagement sanitaire du territoire est particulièrement déficient en France, du fait de la forte dichotomie entre médecine de ville et hôpital : si l'Etat contrôle la carte (et les dépenses) des hôpitaux, il ne maîtrise pas l'offre de soins de ville.

Le voyage en Suède a été l'occasion de découvrir un mode d'organisation radicalement différent du système de santé. A la fois beaucoup plus administré et plus décentralisé que le nôtre, donnant de vrais pouvoirs et de vraies responsabilités - notamment financières - aux collectivités locales, il permet d'articuler, sans doute mieux que nous le faisons, les différentes dimensions de la santé à l'échelle locale, dans un meilleur équilibre entre préventif et curatif.

Bien que les collectivités locales n'aient pas en France les mêmes prérogatives qu'en Suède, elles s'investissent de plus en plus dans l'organisation des soins de ville pour attirer et retenir des professionnels sur leur territoire. La préférence affichée par les jeunes médecins pour un exercice coordonné, voire salarié, favorise ces initiatives. Plus largement, les collectivités, en particulier les communes et leurs groupements, se saisissent des leviers dont elles disposent - de l'aménagement de l'espace urbain aux politiques sociales - pour promouvoir la santé et le bien-être des habitants. Le temps de travail collectif en ateliers a permis de se pencher sur quelques exemples de ces politiques territoriales de santé. Leur montée en puissance montre que la santé est en train de s'affirmer, lentement mais sûrement, comme facteur clé d'attractivité des territoires. ★



© Sophie Krapp

EN SUÈDE, LA VILLE DE LANDSKRONA OUVRE SES PORTES AUX AUDITEURS, APRÈS STOCKHOLM ET MALMÖ.



# IHEDATE Promotion 2018



## LES AUDITEURS

**Marie-Hélène Albert** - Directrice de développement, *Rouen Normandie Aménagement* • **Virginie Alonzi** - Directrice prospective, *Bouygues Construction* • **Christian Baudot** - Directeur régional adjoint, *Caisse des dépôts Centre-Val de Loire* • **Elisabeth Belin** - Maire-adjointe à la santé et à la vie des quartiers, *Ville de Saint-Denis* • **Claire Bernard** - Conseillère santé-formations sanitaires et sociales, culture, sport, jeunesse, égalité femmes-hommes, *Régions de France* • **Aurélien Biscuit** - Directeur, *Agence d'urbanisme et de développement durable Lorraine Nord* • **Joël Boissière** - Responsable transitions démographique et sociale, territoriale, *Caisse des dépôts* • **Séverine Bourgeois** - Directrice déléguée aménagement des territoires et relations avec les collectivités, *CEREMA* • **François Brière** - Président, *CAUE de la Manche, Maire de Saint-Lô* • **Philippe Buiatti** - Directeur général adjoint, *Communauté d'agglomération du Val de Fensch* • **Yann Cabrol** - Directeur des coopérations grands territoires, *Agence d'urbanisme et d'aménagement de Toulouse aire métropolitaine* • **Caroline Callens** - Déléguée départementale du Vaucluse, *Agence régionale de santé PACA* • **Philippe Charton** - Directeur du développement, *SOFAXIS* • **Vincent Chery** - Directeur adjoint, *DDTM du Var* • **Katia Chmielczyk** - Responsable développement et événements internationaux, *Paris-Ile de France Capitale Economique* • **Véronique Coste** - Présidente directrice générale, *INEXINE* • **Silvain Czechowski** - Chef du département urbanisme habitat, *CEREMA* • **Krishnaraj Danaradjou** - Directeur adjoint de l'aménagement, *HAROPA Ports de Paris* • **Lola Davidson** - Secrétaire générale adjointe, *INTA (association internationale du développement urbain)* • **Marie Defay** - Directrice générale déléguée, *Agence de développement et d'urbanisme de Lille Métropole* • **Agnès Demare Lecossais** - Directeur santé, *Communauté de l'agglomération havraise* • **Jean-Marie Dunand** - Directeur de la stratégie et du développement santé, *Docapost - Groupe La Poste* • **Emmanuel Fauchet** - Directeur, *CAUE de la Manche* • **Corinne Feret** - Sénatrice du Calvados, *Sénat* • **Brice Fusaro** - Secrétaire général, *Groupement local de coopération transfrontalière Grand Genève* • **Frédérique Gomez** - Commissaire à l'aménagement, au développement et à la protection du Massif central, *CGET* • **Claire Grandet** - Directrice du département concertation et environnement, *RTE* • **Myriam Haioun** - Directrice commerciale et marketing, *AXIMUM* • **Alexandre Hennekinne** - Directeur général, *École Du Breuil* • **Emmanuel Heyraud** - Directeur cohésion sociale et développement urbain, *France Urbaine* • **Jean-Marc Illes** - Directeur territorial adjoint, chef de la mission LNPCA, *SNCF Réseau PACA*



HÔTEL DE VILLE DE STOCKHOLM

● **Françoise Jeanson** - Conseillère régionale, *Conseil régional Nouvelle-Aquitaine* ● **Philippe Labatut** - Médecin national adjoint, directeur du contrôle médical et de l'organisation des soins, *MSA* ● **Eric Le Bihan** - Supervisor global strategy group, *KPMG* ● **Laurent Le Coq** - Officier de gendarmerie, *Gendarmerie nationale*  
 ● **Frédérique Le Drogo** - Secrétaire générale adjointe, *UIMM du Finistère* ● **Claire Leplat** - Adjointe auprès de la sous-direction pour les politiques de l'habitat, *Ministère de la Cohésion des territoires - DGALN* ● **Hervé List** - Directeur des affaires publiques, *RTE - Est* ● **Frédéric Mahé** - Ingénieur d'affaires, chef de projet, *ARIA Technologies* ● **Marc Maheut** - Directeur marketing et innovation, *IMMOCHAN* ● **Philippe Maitre** - Directeur général des services, *Communauté d'agglomération de Paris-Saclay* ● **Olivier Malaret** - Conseiller finances et fiscalité locales, *CGET* ● **Marianne Malez** - Chargée de mission ville durable et international, *FNAU*  
 ● **Nachida Meziri Tighilt** - Directrice développement, *Auchan Retail région Ile-de-France* ● **Laurent Michelin** - Directeur prospective et innovation, *Linkcity Régions France* ● **Olivier Morel** - Directeur territorial Métropole de Lyon, *Caisse des dépôts Auvergne-Rhône-Alpes* ● **Nicolas Mourlon** - Directeur, *DDT du Val-d'Oise*  
 ● **Noémie Oswalt** - Chargée de mission observation, *CGET* ● **Romain Paganelli** - Directeur général délégué à l'Opération Campus, *Languedoc Roussillon Universités (COMUE)* ● **Nathalie Paré** - Directrice de la Maison du Département de Saint-Brieuc, *Conseil départemental des Côtes d'Armor* ● **Frédérique Parrad** - Chargée de mission prospective, *Conseil régional des Hauts-de-France* ● **Florence Pavageau** - Déléguée régionale, *Groupe La Poste Normandie* ● **Aline Picarony** - Déléguée générale, *UIMM Auvergne* ● **Corinne Roldo** - Directrice adjointe, *CHRU de Nancy* ● **Mathilde Savoye** - Chef de pôle environnement et développement durable, *SNCF Réseau Hauts-de-France* ● **Ghislaine Séjourné** - Directrice territoriale Vienne et Deux-Sèvres, *Caisse des dépôts Nouvelle-Aquitaine* ● **Didier Serna** - Secrétaire général, *Union régionale CFDT interprofessionnelle PACA* ● **Annick Tual** - Directrice environnement, territoires et transition énergétique, *Communauté urbaine de Dunkerque*  
 ● **Julien Vick** - Délégué général, *Syndicat des équipements de la route* ● **Chloé Voisin-Bormuth** - Responsable des études et de la recherche, *La Fabrique de la Cité*.  
**Solène Cordonnier, Marie Gros, Maud Picart et Maxime Verdin** - Etudiants de l'école urbaine de Sciences Po et **Christian Gauffin** - consultant franco-suédois ainsi que **Sandra Moatti, Nathalie Leroux et Anne Mattioli** - Equipe de l'lhédate. ★

# Le SOMMAIRE

## Présentation de l'ihédate

2

## L'édito de Sandra Moatti

LA SANTÉ, NOUVELLE BOUSSOLE  
DES POLITIQUES TERRITORIALES

4

## La promotion 2018

8

## Morceaux choisis

MARTIN HIRSCH

Le système parfait n'existe pas

12

## La mission d'étude : Suède

### Enquête

Santé et territoire :  
un modèle suédois en mutation

34

## Les ateliers

### Zoom 1

Grenoble : santé et politique de la ville,  
enjeux à l'échelle métropolitaine

### Zoom 2

Prévention santé et e-sport : enjeux  
et perspectives pour une filière à Poitiers

82

## Le programme pour 2019

90



### Session 1

## Société du bien-être et société du risque

16

À travers l'Histoire avec Didier Tabuteau

L'ETAT, CET ADVERSAIRE  
UNE HISTOIRE DU SYSTÈME DE SANTÉ

18

### Session 2

## L'économie anthropocentrée, un nouveau modèle de développement ?

22

Entretien avec Alexandre Feltz

STRASBOURG, VILLE SANTÉ  
DE L'OMS

24

### Session 3

## Cohésion, équité territoriale et santé

28

L'analyse de Marie-Anne Mazoyer

FAVORISER L'ACCÈS AUX DROITS  
ET AUX SOINS, UNE PRIORITÉ  
À SAINT-DENIS

30



## Des sessions pour réfléchir, une revue pour aller plus loin

### Session 4

#### Reconfigurations de l'Etat : approches des Etats-providence en Europe

44

Entretien avec Aurélien Rousseau  
« LE MANAGEMENT DOIT ENTRER À L'HÔPITAL »

46

### Session 5

#### La mobilité au défi de la santé

50

Entretien avec Charlotte Marchandise-Franquet  
« METTRE DE LA SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES »

52

### Session 6

#### Politique de l'alimentation : pour de nouvelles alliances territoriales

58

Reportage à AgroParisTech  
UN POTAGER AU 7<sup>E</sup> ÉTAGE

60

### Session 7

#### Villes «bonnes à vivre», villes inclusives ?

64

Territoire : La Confluence  
UNE DOUCEUR DE VIVRE EN VILLE

66

Le regard de Julien Damon  
TERRITOIRES ET PROTECTION SOCIALE

70

### Session 8

#### Transition numérique, territoires et bien-être

72

Reportage

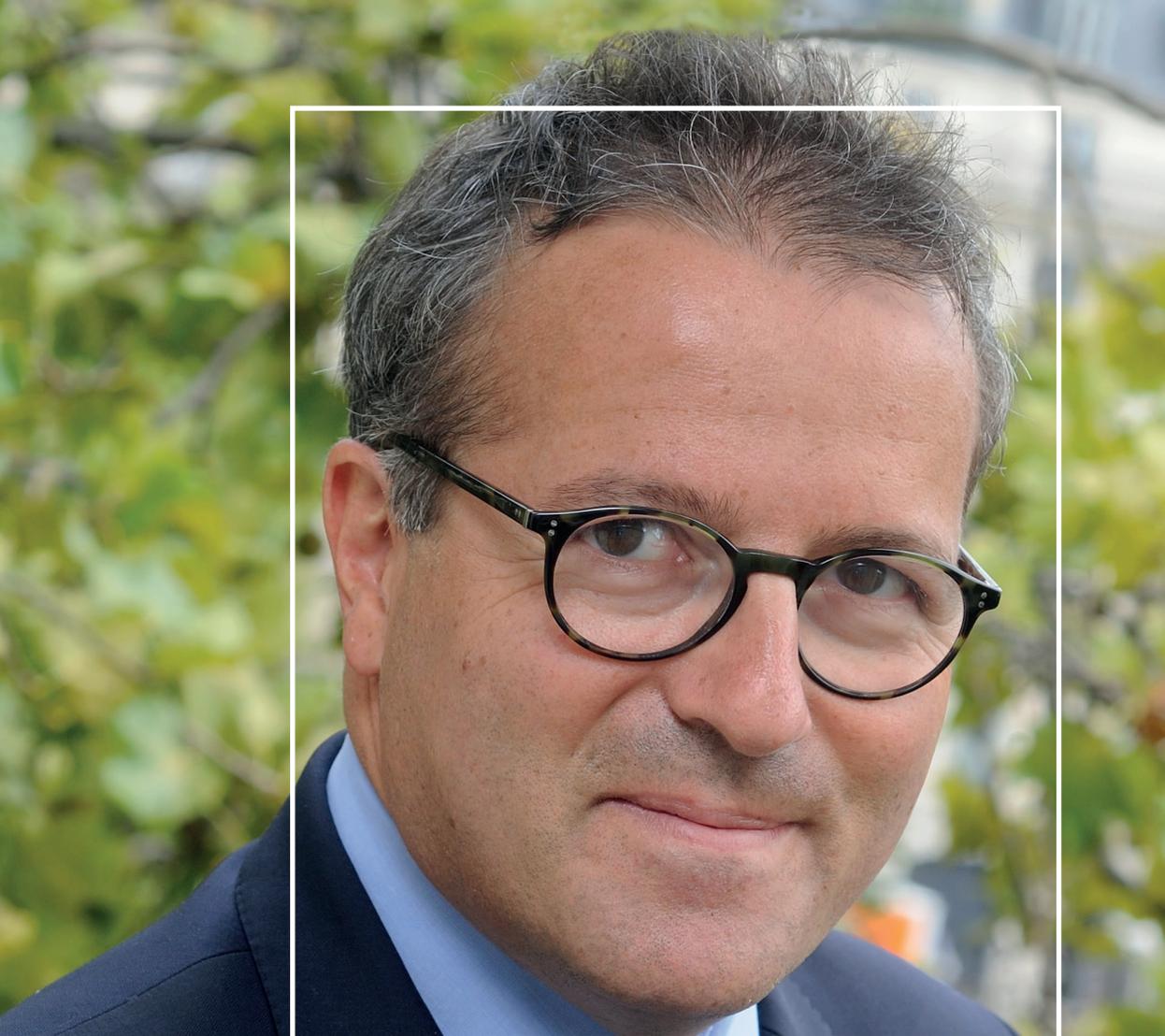
LE HANDICAPOWERMENT

74

L'analyse de Jacques-François Marchandise

NUMÉRIQUE ET LIEN SOCIAL

78



# MORCEAUX CHOISIS

**Martin Hirsch**

© François Marin © Illustrations page suivante: Vectreasy / Freepik

# Le système parfait n'existe pas

L'ÉVOLUTION ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET LES NOUVELLES TECHNOLOGIES NÉCESSITENT DE REPENSER LE RÔLE DE L'HÔPITAL ET CELUI DES PROFESSIONNELS QUI GRAVITENT AUTOUR DES PATIENTS.



**Martin Hirsch**

Directeur général de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris.  
Il a été président de l'Agence du service civique, d'Emmaüs France et de l'Agence des solidarités actives.  
De 2007 à 2010, il a été Haut-Commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté et Haut-Commissaire à la jeunesse.



Le système de santé parfait n'existe pas. Il y a d'abord une contradiction irréductible entre les besoins de santé et les contraintes financières : la santé n'a pas de prix - mais elle a un coût. Or chaque principe de tarification a des effets pervers qui obligent à changer régulièrement de modèle. Il n'y a donc pas de financement idéal qui pourrait être instauré une fois pour toutes.

Une autre contradiction concerne l'aménagement sanitaire du territoire. Chacun veut le meilleur service de santé près de chez lui, avec un service d'urgences, une maternité, etc. L'histoire hospitalière s'est construite en maillant le territoire, mais sans réelle rationalité. De ce fait, depuis 30 ans, on tente de restructurer, ou plus précisément de moins éparpiller les forces hospitalières. A chaque fois, cela provoque des débats, voire des émeutes. Si le système de santé a un rôle structurant d'aménagement du territoire, les collectivités locales devraient prendre part à son financement.

Le vrai débat est le choix entre le confort et la sécurité. Concrètement, il est préférable qu'une sage-femme pratique des accouchements tous les jours plutôt qu'une fois par semaine. Ce constat a conduit dans le milieu des années 1990 à l'élaboration d'une doctrine sur les seuils de sécurité. Les maternités ont été les premiers

établissements concernés, dont la plus célèbre a été celle de Pithiviers. Ces mesures ont permis de définir un nombre d'accouchements minimum que les maternités devaient pratiquer et de les spécialiser en fonction des équipements. Leur nombre a été réduit. Et il a fallu expliquer à la population qu'on pouvait troquer le sentiment de sécurité procuré par la proximité contre une garantie de sécurité et de qualité de fonctionnement.

Mais la demande des professionnels de santé contribue aussi à la concentration. Ils souhaitent de plus en plus exercer dans des centres d'une certaine taille, dans un environnement d'une certaine qualité et d'une certaine diversité. Et avec le souci que cela soit compatible avec une vie de couple et de famille. Cette évolution produit une concentration des professionnels de santé et met en risque certains établissements qui n'arrivent plus à recruter de professionnels, notamment des anesthésistes. Les conséquences de cette tendance s'observent à la fois pour la médecine de ville et la médecine hospitalière.

Jusqu'à présent, le choix français n'a pas été de hiérarchiser les hôpitaux. Nous le vivons très concrètement à l'AP-HP où nos établissements sont à la fois des hôpitaux de proximité et des hôpitaux de recours, et même d'ultra-recours.

“  
**Les maladies  
chroniques  
prennent  
de plus en plus  
d'importance**  
”



© Sophie Krapp

SERVICE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE  
À L'HÔPITAL GEORGES-POMPIDOU.  
LES SÉJOURS À L'HÔPITAL SONT DE  
PLUS EN PLUS COURTS.

Une grande partie des patients arrivent par les urgences. Mais nos hôpitaux étant des hôpitaux universitaires très spécialisés, une autre partie des patients vient consulter et se faire opérer de toute la France et de l'étranger. Dans le moyen terme, je pense que nous sommes condamnés à garder des hôpitaux conciliant ces deux aspects. Ce qui pose une série de problèmes intéressants. Ainsi, lors de l'épidémie de grippe, nous avions 20% de patients supplémentaires par rapport à la capacité « de croisière ». Que faire ? On voit certains urgentistes, dans les médias, dire qu'il faudrait augmenter la capacité à 120% alors même que le besoin, 350 jours par an, est de 100. Il faut plutôt faire des hôpitaux dont le fonctionnement soit à activités variables. Quand il y a une épidémie de grippe, nous décalons l'hospitalisation des patients qui étaient programmés. Certains crient à la « désorganisation hospitalière ». Je préfère parler de « suprême organisation hospitalière » et j'assume complètement.

Nous sommes confrontés à une évolution épidémiologique majeure. Les maladies chroniques prennent de plus en plus d'importance. Nous devons prendre en charge des patients qui vont vivre des dizaines d'années avec deux ou trois maladies : une insuffisance cardiaque, un diabète, un cancer, etc. On l'observe dans la progression des dépenses de santé. Cette évolution épidémiologique conduit à prendre en charge des patients sur une longue période plutôt que sur un seul épisode aigu de maladie. D'un autre côté, les techniques et les organisations médicales permettent

de raccourcir le séjour des patients. Alors que le lien entre l'hôpital et son patient naissait au moment de l'admission et cessait lors de la sortie, ce lien s'allonge considérablement, alors même que le passage à l'hôpital est beaucoup plus court. Les affections de longue durée nous orientent vers une dissociation des deux fonctions de l'hôpital, l'hôtelière et l'hospitalière, avec des séjours à l'hôpital plus courts, des hôpitaux avec moins de lits et davantage de plateaux techniques.

Les évolutions technologiques permettent aussi de conserver le lien entre le médecin et le malade. Grâce aux nouvelles technologies, le dossier médical circule sur Internet, nous pouvons faire de la télémédecine, de la surveillance à distance. Mais tous les problèmes ne seront pas résolus pour autant. On ne va pas voir un médecin uniquement pour qu'il vérifie nos constantes biologiques ou qu'il regarde notre électrocardiogramme. On va le voir parce qu'on va mal, parce qu'on veut être face à quelqu'un qui va nous aider, etc. On parle beaucoup de médecine personnalisée en termes de diagnostic et de traitements, mais les technologies peuvent dépersonnaliser la relation médecin-malade. Se pose la question de la dissociation entre l'acte technique proprement dit et l'aspect humain de la relation thérapeutique.

Je citerais seulement deux exemples. Aujourd'hui, le délai moyen pour voir un ophtalmologue est de 6 mois. Nous sommes un des seuls pays où l'ophtalmologue a le monopole sur des actes que pourraient faire un opticien. Le problème se pose aussi dans les

hôpitaux : beaucoup d'actes faits par des médecins pourraient être confiés à des infirmières ou des radiologues. Si nous arrivons à répartir le travail entre un plus grand nombre de professionnels, nous résoudrons de nombreux problèmes. ★

“  
Les technologies  
peuvent  
dépersonnaliser  
la relation  
médecin-malade  
”



LES AUDITEURS DE L'IHÉDATE  
AVEC MARTIN HIRSCH LORS DE LA SÉANCE  
INAUGURALE À L'HÔTEL SCIPION,  
PROPRIÉTÉ DE L'AP-HP

SESSION

1

# Société du bien-être et société du risque

Intervenants

**JEAN VIARD (coordinateur)** est sociologue, directeur de recherches associé à Sciences Po, au Centre d'études de la vie politique.

**PIERRE-HENRI TAVOILLOT** est philosophe, maître de conférences à l'université Paris-Sorbonne, président du Collège de Philosophie.

**MARIE-ANNE MONTCHAMP** est présidente de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et ancienne secrétaire d'Etat en charge de différents portefeuilles aux affaires sociales.

**GÉRARD LASFARGUES** est directeur général délégué du pôle « Science pour l'expertise » de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), médecin hospitalo-universitaire et professeur de médecine et de santé au travail.

**DIDIER TABUTEAU** est Conseiller d'Etat et responsable de la Chaire santé de Sciences Po. Il est professeur associé et codirecteur de l'Institut Droit et Santé de l'université Paris Descartes.

**DANIEL BENAMOZIG** est sociologue, chercheur au CNRS, au Centre de sociologie des organisations à Sciences Po.

## 8 sessions

## session 1

## 8 sessions

## L'ALLONGEMENT DE LA DURÉE DE VIE EST CONSIDÉRÉ COMME UN MARQUEUR ESSENTIEL DU PROGRÈS. D'OÙ LA RECHERCHE CONSTANTE DE L'AMÉLIORATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ.

Une vie longue et en bonne santé : ce qui était autrefois perçu comme relevant de la fatalité est désormais de plus en plus considéré comme un droit. L'universalité de ce droit suscite de multiples débats, symptomatiques des rapports complexes que nous entretenons avec la solidarité, mais aussi avec la science et l'autorité des experts face aux risques. **Jean Viard** rappelle que nos sociétés se sont structurées par le travail. Mais désormais celui-ci ne représente plus que 10% du temps dans nos vies. Des vies marquées par un objectif nouveau, celui de vivre « une vie complète », de connaître tous les âges de la vie.

Pour **Pierre-Henri Tavoillot**, les âges se brouillent de plus en plus, dans le contexte d'une vie plus longue mais faite d'incertitude et de changements permanents. La sortie de l'enfance est plus précoce mais l'entrée dans l'âge adulte plus tardive ; la jeunesse est adorée, mais peine à s'intégrer dans la vie active ; la vieillesse, ennemie, et pourtant plus durable et confortable que jamais.

En France, le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans devrait passer de 12,5 millions aujourd'hui à 19 millions en 2040. Il est plus difficile de chiffrer la population des personnes handicapées. **Marie-Anne Montchamp** appelle à imaginer le modèle de demain pour adapter la société au vieillissement et au handicap, tout en soulignant la nécessité de prendre en compte les questions d'autonomie, de liberté et de prise de risque acceptable. Parmi les déterminants de santé, les risques sanitaires liés aux expositions environnementales

sont caractérisés par leur complexité et de nombreuses incertitudes. **Gérard Lasfargues** décrit l'importance d'une approche intégrative des risques telle que pratiquée par l'ANSES, à partir d'exemples autour des risques émergents ou controversés (perturbateurs endocriniens, nanomatériaux, pesticides...). Comment communiquer et interagir avec les parties prenantes sur ces risques ? Le processus d'expertise doit intégrer les préoccupations sociétales pour éclairer les décisions et les choix de gestion découlant de l'évaluation.

Quant à notre système de santé proprement dit, les défis auxquels il est aujourd'hui confronté font largement écho à son histoire singulière. Le système de santé français n'a pas été construit par l'État, montre **Didier Tabuteau**. Cette spécificité explique les relations tumultueuses entre les professionnels de santé et l'État, et elle structure encore les logiques de l'assurance-maladie ou les développements chaotiques de la santé publique.

Au total, le secteur de la santé engage une multiplicité d'interactions entre autorités publiques et acteurs privés, entre expertise scientifique et savoirs des usagers. Les formes de la régulation ont singulièrement évolué ces dernières années, notamment à travers le renforcement de nombreuses agences sanitaires, sans pour autant éviter les contestations, voire la défiance. **Daniel Benamouzig** propose une perspective critique et prospective sur la régulation à partir d'une pluralité de questions sanitaires et, à travers elle, sur les frontières entre l'État et le marché dans le secteur de la santé. ★

2000

## L'Etat, cet adversaire

### Une histoire du système de santé

1793

#### D'après les travaux de Didier Tabuteau



**Didier Tabuteau**

est responsable de la Chaire santé de Sciences Po. Il est professeur associé et codirecteur de l'Institut Droit et Santé de l'université Paris Descartes-INSERM UMR-S 1145, rédacteur en chef de la revue *Les tribunes de la santé* et codirecteur de la rédaction du *Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie*.



© Serge Cagnesse

DIDIER TABUTEAU

LE SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS, ISSU DE LA RÉVOLUTION FRANÇAISE, S'EST CONSTRUIT À TRAVERS DES ACTEURS PRIVÉS, DANS UNE OPPOSITION CONSTANTE ENTRE LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX ET L'ÉTAT. UN ÉTAT SUSPECTÉ DE VOULOIR ASSERVIR LE CORPS MÉDICAL. L'HISTOIRE ÉCLAIRE CET HÉRITAGE ALORS QUE L'ÉTAT EST DÉSORMAIS OMNIPRÉSENT DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS.

Si la santé est une notion difficile à définir, il n'en est pas de même pour le système de santé. Pour la comptabilité nationale, il englobe l'ensemble des acteurs qui concourent à la prévention médicalisée et au soin. En 2000, lors de la première étude comparative des systèmes de santé organisée par l'OMS, la France est arrivée première du classement mondial. Pourtant le système de santé présente, en France, une particularité : c'est le seul système financé par des prélèvements obligatoires qui n'ait pas été construit par l'État mais par des acteurs privés.

#### Le droit d'être soigné

Cet héritage se comprend au regard des mutations opérées au lendemain de la Révolution française. A cette époque, la relation entre les populations les plus démunies et la société est redéfinie. La réflexion sociale portée par le duc de La Rochefoucauld-Liancourt dans le cadre du Comité de mendicité inspire l'idée que la Nation a une obligation morale à l'égard des plus pauvres. Les secours publics sont une « dette sacrée » inscrite dans la Constitution du 24 juin 1793. Or quand la Nation

1960

1856

1853

a une dette à l'égard de sa population, cela signifie que celle-ci a une créance sur la société. Le devoir de loger, vêtir, nourrir les plus démunis ne répond plus dès lors à un sentiment de charité, mais devient la contrepartie d'un droit social. Sous l'influence notamment du docteur Guillotin, les textes révolutionnaires vont inclure dans les droits des plus défavorisés celui d'être soigné.

## L'invention des officiers de santé

Les problèmes de notre système de santé débutent alors. Car pour soigner les pauvres, il faut des médecins. Or en 1793, les médecins sont des docteurs en médecine formés dans des facultés de médecine prestigieuses. Et il apparaît inaccessible de disposer de professionnels de ce niveau de formation pour soigner les populations les plus déshéritées. Naissent alors les officiers de santé, c'est-à-dire des médecins qui ne

sont pas docteurs, et le début d'une « guerre de cent ans » entre les docteurs en médecine et les pouvoirs publics. Car pour les diplômés des facultés de médecine, l'Etat est désormais considéré comme un adversaire puisqu'il a inventé une profession qui leur fait concurrence et accepte des honoraires dévalorisés : « La méfiance, pour ne pas dire l'antagonisme, du corps médical à l'égard des pouvoirs publics constitue depuis lors l'un des éléments structurants du système de santé français ».

Au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, alors que plus de 40 % du corps médical français est composé d'officiers de santé, les docteurs en médecine se mobilisent et construisent une force politique et syndicale pour obtenir la suppression des officiers de santé. Leur mobilisation aboutit. A partir de 1892, suite à une loi portée par le médecin et député Antoine-Daniel Chevandier, on arrête de former des officiers de santé.

## Un Etat suspect

Contrairement à l'Angleterre ou l'Allemagne, pays dans lesquels le système de santé va se construire avec les médecins, l'identité du corps médical en France se scelle dans son opposition aux pouvoirs publics. Dans l'imaginaire collectif du corps médical, l'Etat est suspecté de vouloir les asservir, d'attenter à leur condition sociale et à leur statut. Au cours du XIX<sup>e</sup> siècle, l'Etat renonce à organiser le système de santé et délègue implicitement cette mission au corps médical. En conséquence, ce système va s'organiser autour du médecin libéral isolé, éloigné de l'Etat, des municipalités et des politiques publiques. Les techniques médicales vont se développer à partir du cabinet libéral. Ce qui explique le taux important de cliniques privées qui fleurissent en France au début

du XX<sup>e</sup> siècle. Encore aujourd'hui, la France détient un taux de cliniques privées supérieur à la plupart des pays comparables et même à celui des Etats-Unis.

Les effets de cette construction du système à partir du médecin perdurent dans le temps : la carte de l'installation des médecins au XIX<sup>e</sup> siècle, établie par Emmanuel Vigneron, se superpose largement à celle que nous connaissons aujourd'hui. Les « déserts médicaux », ou plus exactement les inégalités régionales de répartition des médecins, ne sont pas une situation nouvelle.

## La santé publique négligée

Si la France « invente » l'hygiène publique grâce à des médecins pionniers comme Alexandre Parent-Duchâtelet ou Louis-René Villermé, celle-ci n'y sera mise en œuvre que beaucoup plus tard car la prévention suppose de la coordination et, en général, une intervention administrative. Au XIX<sup>e</sup> siècle, la santé publique est localement animée par les conseils d'hygiène publique des villes, mais ces comités sont fréquemment en butte à l'hostilité des médecins qui ne veulent pas dépendre des collectivités et travailler avec une administration. L'hygiène publique peine à se développer.

Une autre conséquence du conflit entre les docteurs en médecine et l'Etat se retrouve dans le retard français en matière de professions paramédicales. Durant la guerre de Crimée (1853-1856), Florence Nightingale conçoit et pose les bases de la profession d'infirmière. Le métier se développe dans le monde anglo-saxon où il est rapidement reconnu car il répond à un réel besoin. En France, le militantisme de Léonie Chaptal fait émerger cette profession avec 50 ans de retard sur fond d'opposition farouche d'une grande partie du corps médical.

1920

“

**L'identité du corps  
médical en France  
s'est scellée dans  
son opposition aux  
pouvoirs publics**

”

Le souvenir encore vif des officiers de santé a laissé des traces et les médecins ne veulent pas voir la naissance d'une profession susceptible d'interférer avec leur clientèle.

Il faut attendre les années 1960 pour que la profession se développe vraiment en France, et 1981 pour qu'un décret, faisant suite à une directive européenne, consacre le rôle propre des infirmières.

### «N'appliquez pas la loi !»

En 1918, le retour dans la République de l'Alsace-Lorraine, territoire qui bénéficie des lois bismarckiennes d'assurance maladie, produit un nouveau vent de panique dans le corps médical. Se pose alors la question : faut-il supprimer ou étendre ces lois à tout le territoire au nom du principe d'égalité ? En 1920, la décision est prise de les étendre. Très vite, le corps médical se mobilise massivement et, fait rare, les deux syndicats existants fusionnent pour s'opposer au projet avec plus de puissance. En 1927 est rédigé un texte contre le spectre d'un système administré par l'Etat, la charte de la médecine libérale. Celle-ci développe des principes « qu'aucune loi, règlement ou contrat ne doit remettre en cause » : le libre choix du médecin, la liberté des honoraires, le paiement direct des honoraires par l'assuré, le secret médical et la liberté thérapeutique et de prescription. On retrouve encore aujourd'hui ces éléments qualifiés de « principes déontologiques fondamentaux » dans l'article L 162-2 du code de la Sécurité sociale. En 1928, le Parlement adopte néanmoins la loi qui étend les assurances sociales mais elle ne sera jamais appliquée. En 1930, l'éditorial d'un journal

médical invite d'ailleurs sans détour à ne pas appliquer la loi : « L'assurance maladie sera ce que nous la ferons. ». La même année, la loi est abrogée.

### Trois virages majeurs

En 1945, lors de la création de la Sécurité sociale, il est décidé de maintenir le système médical en l'état pour éviter tout conflit avec le corps médical. Mais l'Etat va peu à peu prendre de plus en plus de place dans le système de santé, notamment à travers trois virages majeurs. En 1958, les ordonnances Debré débouchent sur une grande réforme du système de santé. On assiste à la création des centres hospitaliers universitaires (CHU) et à une nouvelle vision de l'exercice de la médecine puisque c'est désormais à l'hôpital que se pratique la médecine de pointe. La notion de service public hospitalier apparaît, avec en corollaire l'apparition de médecins hospitaliers à temps plein et même de médecins fonctionnaires hospitalo-universitaires. C'est une vraie révolution. Le deuxième virage se produit dans les années 1980. En réponse aux deux chocs pétroliers et à la fin des Trente glorieuses, la maîtrise des dépenses s'impose. L'Etat est contraint d'intervenir pour équilibrer les comptes. Il entre de plain-pied dans la régulation des dépenses, avec comme aboutissement le plan Juppé de 1995 et la création des lois de financement de la Sécurité sociale. Le troisième virage a lieu en 1991 avec la révélation de l'affaire du sang contaminé et dans son prolongement, l'invention d'une notion, la « sécurité sanitaire ». Se construit alors enfin, à travers différentes agences, une adminis-

tration de la santé qui n'avait jamais été mise en place en France.

Aujourd'hui, l'omniprésence de l'Etat dans le champ de la santé est évidente. Pourtant, l'histoire du système de santé français permet de comprendre les résistances à l'œuvre lorsque les pouvoirs publics conduisent des réformes. Ces résistances sont un écho, un héritage de la mémoire collective des professionnels de santé mais aussi de la population toute entière qui s'est construite sur l'idée que l'Etat n'était pas véritablement légitime à réguler le système de santé. ★



Pour aller plus loin

**TRAITÉ DE SANTÉ PUBLIQUE,**  
F. Bourdillon, G. Brückner  
et D. Tabuteau,  
éditions Lavoisier, 2016.

**DÉMOCRATIE SANITAIRE,  
LES NOUVEAUX DÉFIS  
DE LA POLITIQUE DE SANTÉ,**  
D. Tabuteau,  
éditions Odile Jacob, 2013.

**LES DROITS DES MALADES,**  
A. Laude et D. Tabuteau,  
Que sais-je n°4015,  
PUF, 2016.

**LES ASSURANCES MALADIE,**  
P-L. Bras et D. Tabuteau,  
Que sais-je n°3942,  
PUF, 2012.

**LA SANTÉ PUBLIQUE,**  
A. Morelle, D. Tabuteau,  
Que sais-je n°3826,  
PUF, 3<sup>ème</sup> édition, 2017.

1945

1958

1991



L'HÔTEL-DIEU, À PARIS.  
CRÉÉS EN 1958 SUITE AUX ORDONNANCES  
DEBRÉ, LES CHU INCARNENT UNE NOUVELLE  
VISION DE L'EXERCICE DE LA MÉDECINE.  
C'EST DÉSORMAIS À L'HÔPITAL QUE SE PRATIQUE  
LA MÉDECINE DE POINTE.

SESSION

2

# L'économie anthropocentrée, un nouveau modèle de développement ?

SESSION ACCUEILLIE  
À L'EUROMÉTROPOLE  
DE STRASBOURG ET À L'IRCAD

Intervenants

**PIERRE VELTZ** (coordinateur) est économiste et sociologue. Il est président du conseil scientifique de l'lhédate.

**BÉATRICE FALISE-MIRAT** est déléguée générale du pôle de compétitivité Médecin.

**MARCO PINTORE** est directeur général du pôle de compétitivité Alsace BioValley.

**MICHEL DE MATHELIN** est vice-président de l'université de Strasbourg.

**SÉVERINE SIGRIST** a créé la société Defymed.

**LUC SOLER** est directeur scientifique de l'IRCAD et de l'IHU de Strasbourg.

**ALEXANDRE FELTZ** est médecin, adjoint au maire de la Ville de Strasbourg et conseiller de l'Eurométropole.

**FRANÇOISE SCHAEZEL** est médecin, conseillère municipale à la Ville de Strasbourg et conseillère de l'Eurométropole en charge de la qualité de l'air et de la santé environnementale.

**ROBERT HERRMANN** est président de l'Eurométropole de Strasbourg.

**CATHERINE TRAUTMANN** est vice-présidente de l'Eurométropole de Strasbourg.

**RÉMY BAÑULS** est directeur du développement économique de la Ville et de l'Eurométropole de Strasbourg.

**GASTON STEINER** est directeur délégué en charge de l'e-santé au sein de l'IHU de Strasbourg.

**ERIC CHENDEROWSKY** est directeur de l'urbanisme de l'Eurométropole de Strasbourg.

**ERIC BAZARD** est directeur général de la société publique locale des Deux-Rives à Strasbourg.

## 8 sessions

## session 2 SESSION 2 session 2

## 8 sessions 8 SESSIONS

L'ÉCHELLE DES TERRITOIRES INFRANATIONAUX EST LA PLUS PERTINENTE POUR DÉVELOPPER UNE ÉCONOMIE CENTRÉE SUR LE BIEN-ÊTRE CAR C'EST AU NIVEAU LOCAL QUE S'ÉLABORENT LES FORMES D'INNOVATION INSPIRÉES DES USAGES ET QUE S'INVENTENT DE NOUVEAUX SERVICES.

Pour **Pierre Veltz**, l'économie « anthropocentrée » va se focaliser autour des besoins fondamentaux des individus : santé, alimentation, éducation, mobilité. Elle imbriquera l'industrie, les services et le numérique, la ressource stratégique pour la création de valeur étant l'accès aux données sur les comportements et les usages. Elle s'appuiera sur des innovations « systémiques » remodelant l'ensemble des systèmes d'acteurs et dont les territoires seront le laboratoire.

Au sein de cet ensemble, **Béatrice Falise-Mirat** dresse un panorama des industries de la santé françaises : 3<sup>e</sup> poste d'exportation, elles représentent plus de 3000 entreprises. L'enjeu autour de ce secteur est double : un enjeu sociétal, vivre en bonne santé, et un enjeu économique, nourrir le dynamisme des industriels et maintenir l'indépendance nationale en politique de santé.

En Alsace, l'innovation liée à la santé est soutenue par un fort engagement politique. Le pôle de compétitivité Alsace BioValley, sous la direction de **Marco Pintore**, favorise la collaboration entre partenaires privés et publics, dont l'université de Strasbourg qui, comme le souligne **Michel de Mathelin**, est l'une des premières universités de recherche françaises. **Séverine Sigrist**, qui a créé la start-up Defymed spécialisée dans le traitement du diabète, apporte une vision de terrain.

Ce territoire est fort de ressources de pointe, comme l'Institut de recherche contre les cancers de l'appareil digestif (IRCAD), qui réunit des laboratoires de recherche fondamentale et des unités de R&D en informatique et robotique. **Luc Soler** présente cet institut, leader mondial dans l'informatique, la robotique et l'imagerie médicale appliquées à la chirurgie mini-invasive.

Cette priorité en faveur de la santé se décline aussi dans les politiques municipales et métropolitaines. Depuis 2008,

la Ville de Strasbourg développe une politique territoriale novatrice. **Alexandre Feltz** décrit le dispositif « Sport-santé sur ordonnance » qui a permis de positionner la Ville comme modèle national et européen de développement de l'activité physique pour les malades chroniques.

L'Eurométropole de Strasbourg est aussi pionnière dans le domaine de l'urbanisme favorable à la santé. **Françoise Schaetzel** insiste sur la nécessité d'une stratégie intégrée et décrit les leviers pour agir sur la pollution atmosphérique, à travers l'implantation et les formes architecturales des constructions et les mobilités.

Plus généralement, **Robert Herrmann** décrit la dynamique intercommunale et l'importance de l'alignement des acteurs sur les projets. **Catherine Trautmann** rappelle qu'à travers leur rôle d'entraînement et d'assembleur, les collectivités locales sont de véritables interfaces entre les citoyens-patients et la chaîne de la santé. Elle détaille l'une des ambitions économiques de Strasbourg Eco 2030 : donner la priorité au développement des technologies médicales et de la santé.

L'appel à projets Territoires d'innovation de grande ambition (TIGA) permet d'approfondir cette priorité. Le projet « Santé en mouvements, une ambition partagée » porté par l'Eurométropole de Strasbourg vise à construire un programme intégré de gestion populationnelle de la santé à l'échelle d'un territoire.

Lors du déplacement à Strasbourg, les auditeurs découvrent le projet des Deux-Rives avec **Eric Chenderowsky**. Ce projet s'inscrit dans le temps long de l'histoire de Strasbourg, une métropole ouverte sur le Rhin et sur l'Europe. **Eric Bazard** présente la ZAC des Deux-Rives et la démarche Ecocité qui associe innovations sociales et environnementales au profit d'une métropole écologique et solidaire.★

# ENTRE TENSION

PROPOS RECUEILLIS PAR SOPHIE KNAPP



MARQUÉE PAR SON HISTOIRE BISMARCKIENNE ET L'INVESTISSEMENT DES ALLEMANDS DANS LA SANTÉ ET LE SOCIAL, STRASBOURG EST UNE VILLE QUI SE PRÉOCCUPE DE LA SANTÉ DEPUIS PLUS DE 100 ANS. A TRAVERS DES DISPOSITIFS INNOVANTS COMME « SPORT-SANTÉ SUR ORDONNANCE », ALEXANDRE FELTZ POURSUIT CET HÉRITAGE DANS UNE FRANCE OÙ LES VILLES N'ONT PAS DE COMPÉTENCE SANTÉ.



## Alexandre Feltz

Médecin généraliste et élu local. Adjoint au maire en charge de la Santé de la ville de Strasbourg et conseiller de l'Eurométropole de Strasbourg, il est aussi chargé d'enseignement à la faculté de médecine de Strasbourg et président du syndicat MG France en Alsace.



© DR

# Strasbourg, pionnière du sport santé

## **Vous êtes à l'initiative du sport-santé sur ordonnance. Expliquez-nous ce dispositif.**

C'est une idée un peu folle que j'ai co-construite avec Roland Ries, le maire de Strasbourg, et que nous avons lancée en 2012. De nombreux rapports scientifiques montrent que l'activité physique améliore l'état des malades. C'est quand même étrange de se dire qu'on dispose d'éléments sur l'activité physique, des éléments médicaux mais aussi économiques, qui disent que les malades vont mieux, que ça diminue le nombre de médicaments et que ça coûte moins cher à la société, et que le politique ne suit pas. Je me suis dit : « Si c'est un médicament, il faut le mettre sur ordonnance. » Sur le champ politique, cette expérimentation a incité l'ancienne ministre des Sports Valérie Fourneyron à présenter un amendement à la Loi de santé, dans laquelle il n'y avait rien

sur l'activité physique. Cet amendement a été adopté en 2015, notamment grâce aux actions mises en œuvre sur notre territoire qui ont eu valeur de modèle. Et depuis le 1<sup>er</sup> mars 2017, tout médecin traitant peut donc prescrire des activités physiques adaptées (APA) pour les affections de longue durée (ALD) partout en France.

Mais cela ne s'est pas fait tout seul à Strasbourg.

En 2012, nous avons fait un courrier à tous les médecins généralistes et nous avons eu très peu de retours. Comme j'ai la double casquette d'élu et de médecin, j'ai pris mon téléphone et j'ai appelé des confrères. 50 médecins m'ont dit « On y va ». Ensuite, ça s'est répandu et ce sont les patients eux-mêmes qui en ont parlé à leur médecin.

## **Comment ça se passe concrètement à Strasbourg ?**

Les gens vont voir leur médecin traitant qui identifie leur maladie. Ce dernier leur remet une ordonnance d'activités physiques qui sont ensuite organisées avec des éducateurs médico-sportifs formés autour d'un plan d'activités adaptées et sécurisées. Les pathologies concernées sont l'obésité, le diabète de type II, les maladies cardiovasculaires, les cancers du sein et du côlon en rémission, l'hypertension artérielle et les personnes vivant avec le VIH. Depuis 2017, nous avons aussi intégré dans ce dispositif les personnes âgées de plus de 60 ans fragiles, dans le cadre de la prévention des chutes.

## **L'ensemble de la population bénéficie-t-elle de ce dispositif ?**

Il existe des inégalités sociales très fortes autour de la question de l'activité physique. C'est la raison pour laquelle nous avons mis en place une tarification solidaire car même si l'APA est prescrite par le médecin dans le cadre d'une consultation médicale, sa réalisation reste à la charge du patient ou des collectivités territoriales qui l'auront décidé.



DANS LE CADRE DU CONTRAT LOCAL DE SANTÉ (CLS),  
LA VILLE DE STRASBOURG A CHOISI DE SOUTENIR  
LE DÉVELOPPEMENT DU SPORT SANTÉ.



© Sophie Knapp

L'AMIRA, L'ASSOCIATION DES MEMBRES INSUFFISANTS RESPIRATOIRES D'ALSACE, A ORGANISÉ UN VÉLOTOUR POUR INCITER LES PATIENTS À PRATIQUER DES ACTIVITÉS PHYSIQUES.

L'ACTIVITÉ PHYSIQUE, UN MOYEN DE SOIGNER ET DE FAIRE DE LA PRÉVENTION



© DR

Strasbourg est pionnière : elle met gratuitement à la disposition des patients ayant une prescription médicale des équipements et du personnel d'encadrement grâce à l'ensemble des financeurs. Les patients paient ensuite selon leurs revenus et leur quotient familial.

Nous avons un engagement avec le Vélhop, le vélo en libre service de Strasbourg. Quand nous avons mis cette mesure en place, nous avons été surpris du peu d'abonnements gratuits proposés par les éducateurs au bout de six mois, environ une centaine. En y regardant de plus près, nous nous sommes aperçus que plus de 70% des malades à qui nous le proposons ne savaient pas faire de vélo. Ils ne savaient pas non plus

nager. Nous avons donc créé des écoles pour apprendre à faire de la bicyclette. Au-delà de la maladie, l'apprentissage du vélo va leur permettre de se déplacer autrement dans la ville et d'être plus mobiles.

## De quel budget disposez-vous ?

Le budget global est de 500 000 euros. Grâce au contrat local de santé, tous les financeurs ont pu se retrouver autour d'un objectif commun. La Ville est très volontariste. L'Etat nous a suivis, ainsi que l'Agence régionale de santé, la direction régionale de la Jeunesse, des Sports et de Cohésion sociale (DRJSCS), le régime local d'assurance maladie et le conseil départemental.

## En quoi la santé est-elle un thème fédérateur pour le territoire ?

Dans le cadre de l'appel à projets Territoires d'innovation de grande ambition (TIGA), nous avons déposé un projet, « Santé en mouvements, une ambition partagée » qui vise à s'attaquer à tous les aspects des maladies chroniques. Il est important de porter une attention soutenue à l'innovation et à la recherche mais nous voulons avoir un continuum de soins sur ce territoire, et notamment sur les questions de sédentarité, d'activité physique et de modes de déplacement. On parle beaucoup de modes de déplacement « doux », mais je préfère parler de modes de déplacement « actifs » pour valoriser le mouvement et le fait de bouger.

Il y a urgence à investir dans la prévention. Le système d'assurance maladie solidaire ne pourra plus prendre en charge tous les malades comme il l'a fait jusqu'à présent parce que leur nombre explose. Il y a aujourd'hui plus de 11 millions de personnes en affection longue durée et 20 millions de malades souffrant de maladies chroniques. La prévention n'est donc pas seulement une urgence pour la qualité de vie des individus, mais plus globalement pour la société. Et Strasbourg est un vrai laboratoire sur ces questions d'innovation autour de tout ce qui permet de bouger.

Mais nous ne sommes plus les seuls. Il y a un mouvement très fort des territoires. Strasbourg, en tant que ville-santé de l'OMS, coordonne 63 villes qui travaillent de façon volontaire. Certaines ont déjà mis en place des dispositifs sport-santé, d'autres sont en train de le faire. Ces questions de santé, de sport et d'activité physique conduisent à revoir les principes de l'aménagement de l'espace. Cela concerne les pistes cyclables, les parcours sportifs, les espaces urbains à repenser. Le ministère des Sports est lui aussi très engagé. Celui de la Santé reste encore à convaincre et craint toujours de payer les activités sportives des assurés.

## Le terme de « sport » est-il approprié ?

Il s'agit plutôt d'activité physique et sportive, d'« exercise » comme disent les Anglais. Il n'est pas question de sport de compétition mais de marche ou de vélo.

Mais en 2012, si j'avais appelé cela « activité physique régulière modérée », je n'aurais pas fait 1500 interviews. En termes de communication, « Sport-santé sur ordonnance », c'est très fort. C'est un label qui permet d'asseoir deux éléments qu'on n'associe pas de façon habituelle. Mais il faut constamment expliquer ce que cela recouvre, c'est-à-dire de l'activité physique adaptée à l'état de santé, que ce soit du sport proprement dit ou un mode de déplacement.

## Aujourd'hui, quels sont les défis à relever ?

Je milite pour que les territoires aient plus de moyens autour de ces questions parce que ce sont les seuls à pouvoir les mettre en place. Il s'agit avant tout d'un travail sur le terrain au quotidien pour promouvoir une activité physique que nous avons malheureusement perdue. L'humain est un être bougeant, pas un être gisant. ★

LE BUDGET DU SPORT-SANTÉ  
SUR ORDONNANCE POUR LA  
VILLE DE STRASBOURG : 280 000 €



SESSION

3

# Cohésion, équité territoriale et santé

SESSION ACCUEILLIE AU MUSÉE  
DES MOULAGES DE L'HÔPITAL  
SAINT-LOUIS À PARIS ET À L'HÔTEL  
DE VILLE DE SAINT-DENIS

Intervenants

**EMMANUEL VIGNERON** (coordinateur) est professeur d'aménagement sanitaire à l'université de Montpellier, agrégé de géographie et docteur en histoire et en géographie, HDR.

**EVE PARIER** est directrice du groupe hospitalier «Saint-Louis, Lariboisière, F. Widal».

**CLAIRE GEORGES** est praticien hospitalier, responsable médicale de la PASS de l'hôpital Saint-Louis (consultation Verlainne). Elle est présidente de l'association Collectif national des PASS.

**SYLVIE QUESEMAND ZUCCA** est psychiatre psychanalyste. Elle exerce à la PASS de l'hôpital Saint-Louis.

**LAURENT DEGOS** est professeur émérite d'hématologie (université Paris Diderot), médecin de l'hôpital Saint-Louis.

**KARINE BISSON** est en charge des thématiques de la santé des femmes et de l'offre de soins à l'unité Ville Santé de Saint-Denis.

**MARIE-ANNE MAZOYER** est infirmière et travaille à Saint-Denis comme cheffe de projet «accès aux droits et aux soins».

**STÉPHANE YUNG** est coordinateur du Conseil local en santé mentale de Saint-Denis.

**BENOÎT PÉRICARD** est associé, directeur des activités Secteur public et Santé chez KPMG. Il a été précédemment directeur général de l'ARH des Pays-de-la-Loire puis directeur général du centre hospitalier de Nancy.

**ANTOINE BRUN D'ARRE** est médecin généraliste en zone rurale au Vigan, dans le Gard, où il a coordonné la création de la maison de santé pluri-professionnelle du Jardin des Orantes.

**DIDIER MÉNARD** est médecin généraliste à la cité des Francs-Moisins et président d'un centre de santé communautaire «La Place Santé» à Saint-Denis.

## 8 sessions

## session 3 SESSION 3 session 3

## 8 sessions 8 SESSIONS 8 sessions

LE PRINCIPE DE COHÉSION DES TERRITOIRES EST MIS À L'ÉPREUVE PAR LES DISPARITÉS SOCIO-SPATIALES DE SANTÉ. LA RÈGLE DE L'ÉGALITÉ DE TRAITEMENT IMPLIQUE D'APPORTER DES SOLUTIONS À LA PRISE EN CHARGE DE CEUX QUI SONT ÉLOIGNÉS DE L'OFFRE DE SOINS, GÉOGRAPHIQUEMENT OU SOCIALEMENT.

Loin de se résorber, les écarts d'état de santé se creusent et se doublent d'un accès inégal à l'offre de soins. **Emmanuel Vigneron** démontre ces fractures et souligne qu'il n'existe pas à proprement parler d'organisation territoriale de la santé en France. La puissance publique n'est qu'un acteur parmi d'autres dans le monde cloisonné de la santé.

L'histoire des grandes réformes structurantes du système de santé est retracée par **Benoît Péricard**, en partant de trois actes fondateurs : l'adoption de la charte de la médecine libérale par la Confédération des syndicats médicaux français en 1927 ; les ordonnances de 1945 créant la Sécurité sociale et le baptême de l'hôpital moderne en 1958. Depuis les années 1970, et le début d'une forme de territorialisation avec la création des premières cartes sanitaires, les réformes se succèdent. Cependant, les silos institutionnels entre l'Etat et l'Assurance Maladie, l'hôpital et la ville, se maintiennent. Il faut continûment s'y attaquer mais moins par la loi que par la contractualisation et la gestion territoriale.

Des valeurs et des principes clairs sont aussi nécessaires pour mener une politique de santé dans la durée, souligne **Laurent Degos**. L'innovation venant actuellement de toutes parts nous oblige à repenser le système de santé et à réfléchir à nos valeurs : « Sauver autrui » est-il au-dessus de tous les principes, au risque de brouiller les repères bioéthiques ? Le financement est-il conduit par un principe d'égalité (« pas de perte de chance ») ou d'utilité (« coût d'opportunité ») ? Les assurances solidaires risquent-elles de remettre en cause le principe « donner suivant ses moyens, recevoir suivant ses besoins » ?

L'hôpital reste au centre de notre système de santé. Malgré les contraintes économiques qu'il subit, il est toujours largement plébiscité par les patients. Néanmoins, son mode actuel de financement conduit à une course à l'activité. Pour **Eve Parier**, les problé-

matiques de permanence de soins imposent à l'hôpital et aux professionnels de ville de mieux se coordonner. L'innovation organisationnelle et technologique doit être mobilisée pour réussir cette coopération et dépasser les cloisonnements institutionnels.

Quel accès aux soins pour les plus vulnérables et les migrants ? Espaces interstitiels d'un système de santé « à bout de souffle », les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), présentées par **Claire Georges** et **Sylvie Zucca**, sont des révélateurs et des sentinelles de phénomènes aux marges de la société. Et si des marges émergeait le modèle d'une clinique ancrée dans l'humain et les valeurs du soin ?

Territoire concentrant les populations fragiles, la Ville de Saint-Denis a signé dès 2011 l'un des premiers contrats locaux en santé (CLS) dont l'objectif est de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Le CLS de Saint-Denis est mis en œuvre par l'unité Ville Santé, à laquelle appartiennent **Karine Bisson**, **Marie-Anne Mazoyer** et **Stéphane Yung**. Leurs actions se concentrent sur le maintien de l'offre de soins dans la ville, la lutte contre les effets de la précarité et la prise en charge de la souffrance psychique.

Le témoignage du Dr **Didier Ménard** permet d'appréhender la spécificité des soins dans un quartier sensible. Pour lui, la « médecine de banlieue » n'est pas une médecine pour les pauvres, mais au contraire une médecine innovante qui s'adapte à la réalité des populations. Car sur ces territoires, le soin ne peut pas être dissocié de la question sociale et culturelle. En contrepoint, un autre médecin généraliste, **Antoine Brun d'Arre**, témoigne de sa pratique en milieu rural, à l'heure où la « médecine rurale » est confrontée à une crise démographique sans précédent. Il montre comment les médecins s'organisent sur le terrain et quelles en sont les conséquences sur leur pratique quotidienne. ★

## Favoriser l'accès aux droits et aux soins, une priorité à Saint-Denis

La ville de Saint-Denis a signé dès 2011 l'un des premiers contrats locaux de santé. Alors que l'OMS consacre la santé comme droit fondamental dont tout être humain doit pouvoir jouir, la ville de Saint-Denis travaille chaque jour à favoriser l'accès aux droits et aux soins des personnes précaires sur son territoire à travers sa Pass et son Atelier santé ville.

Les Dionysiens ont une espérance de vie inférieure d'environ trois ans à la moyenne nationale. Un chiffre parmi d'autres qui permet de mesurer concrètement la précarité dans laquelle vit une importante partie de la population de la ville de Saint-Denis, sous-préfecture du département de Seine-Saint-Denis. Dans cette ville située au nord de Paris, l'Indice de développement humain (IDH-2)<sup>1</sup> est particulièrement faible et on y compte davantage de demandeurs de l'AME et de la CMU que dans les autres villes de Seine-Saint-Denis.

« Parmi tous ces indicateurs de la précarité, observe Marie-Anne Mazoyer, cheffe de projet « accès aux droits et aux soins » à la direction de la Santé de la ville de Saint-Denis, il y a un indice qui non seulement ne baisse pas mais ne fait qu'augmenter : c'est le nombre de femmes enceintes arrivant dans nos PMI

LA VILLE DE SAINT-DENIS SUPPORTE 60 % DU FINANCEMENT DES DISPOSITIFS PERMETTANT AUX HABITANTS LES PLUS PRÉCAIRES DE BÉNÉFICIER DE SOINS DE SANTÉ.

<sup>1</sup> L'IDH-2 réunit les trois dimensions de l'IDH original (santé, éducation, revenu), mais adaptées à la situation de l'Île-de-France.

**Santé** : espérance de vie à la naissance pour les deux sexes. **Savoir-éducation** : % de la population âgée de plus de 15 ans sortie du système scolaire avec un diplôme. **Niveau de vie** : médiane des revenus fiscaux des ménages par unité de consommation.

qui ne disposent pas d'un logement stable et qui n'ont pas de droits ouverts à l'assurance maladie. Aujourd'hui, cela représente 35 % des femmes enceintes à Saint-Denis.»

### Faire valoir ses droits

Il y a une quinzaine d'années, les professionnels concernés de Saint-Denis ont constaté que les Dionysiens en situation de précarité rencontraient des difficultés à faire valoir leurs droits en matière de santé. Faute de moyens financiers suffisants, ils renonçaient à se faire soigner. Pour répondre à ce problème, la ville de Saint-Denis a entamé depuis 2005 une démarche d'Atelier santé ville. L'ASV santé-précarité a vu le jour à la suite d'une expérience de terrain faite par Marie-Anne Mazoyer : « A l'époque, j'essayais de mettre en place des projets de prévention dans les quartiers, avec les habitants et les professionnels. Je voyais toutes les semaines des gens avec des pathologies extrêmement graves qui se soignaient trop tardivement ». Un groupe de travail se monte alors avec les associations sur le terrain, les PMI mais aussi les institutionnels comme l'hôpital et la Caisse primaire d'assurance maladie. Ensemble, ils réfléchissent à un meilleur accès à la prévention, aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité.

Le premier diagnostic s'est porté sur les freins et les leviers de l'accès aux droits et aux soins. Le groupe de travail de l'ASV a relevé une méconnaissance des droits et des structures existantes pour se faire soigner. Les personnes n'allaient pas à la CPAM et ne remplissaient pas les dossiers d'aide médicale. A cela s'ajoutait souvent l'absence de domiciliation et la barrière linguistique. « Nous avons mis en place des permanences d'aide pour remplir les dossiers de couverture maladie au centre communal d'action sociale puis par la suite aux centres municipaux de santé », détaille Marie-Anne Mazoyer.

Avoir une adresse est obligatoire pour toute ouverture de droits en matière d'accès aux soins. L'absence de domiciliation constitue donc un frein majeur dans les parcours d'accès aux soins des personnes en grande vulnérabilité sociale. Sous l'impulsion de l'Atelier santé ville, le CCAS a mis en place un service de domiciliation, facilitant ainsi l'accès aux droits à la santé et donc l'accès aux soins.

### GLOSSAIRE

- **AME** : l'aide médicale de l'Etat est un dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins.
- **ASV** : l'atelier santé ville est à la fois une démarche locale et un dispositif public qui se situe à la croisée de la politique de la ville et des politiques de santé. Son objectif est de contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.
- **CCAS** : centre communal d'action sociale
- **CLS** : les contrats locaux de santé ont pour objectifs de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et de proposer des parcours de santé plus cohérents et adaptés à l'échelon local.
- **CMU** : la couverture maladie universelle facilitait l'accès aux soins et le remboursement des frais de santé à toute personne résidant en France de façon stable et régulière et n'étant pas déjà couverte par un régime d'Assurance maladie obligatoire. Elle a été remplacée par la protection universelle maladie (PUMA).
- **CMU-C** : la couverture maladie universelle complémentaire est une protection complémentaire santé gratuite attribuée sous conditions de résidence et de ressources.
- **Pass** : les permanences d'accès aux soins de santé proposent un accueil inconditionnel et un accompagnement dans l'accès au système de santé des personnes sans couverture médicale ou avec une couverture partielle. Leur rôle est de faciliter l'accès aux soins des personnes démunies et de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.



© Sophie Knapp

A SAINT-DENIS, L'HÔPITAL INTERCOMMUNAL DELAFONTAINE GÈRE LA PERMANENCE D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ HOSPITALIÈRE.

Ce dispositif permet d'accueillir et de soigner à l'hôpital toute personne qui n'a pas de couverture sociale ou qui rencontre des difficultés financières. Un usager peut y bénéficier d'une prise en charge médicale mais aussi sociale car chaque Pass est constituée au minimum d'un binôme médecin / assistant social. A Saint-Denis, l'hôpital intercommunal Delafontaine gère la Pass hospitalière. Pour améliorer son fonctionnement, un groupe de travail monté par l'ASV s'est constitué, regroupant le service des urgences et celui des admissions de l'hôpital Delafontaine ainsi que des représentants de Médecins du Monde. Les professionnels ont suivi pas à pas le parcours des usagers afin de l'améliorer dans l'établissement et au moment de leur sortie.

### De la Pass hospitalière à la Pass de ville

Les progrès observés dans le fonctionnement de la Pass hospitalière ont permis de soulever un autre problème : l'absence de consultation de médecine générale en Pass hospitalière à l'hôpital Delafontaine,

ce qui amène les patients à se tourner vers les urgences pour des maux souvent bénins (angine, fièvre légère, etc.). « Nous nous sommes demandés où mettre de la médecine générale et nous avons travaillé sur le parcours de soins en ville, raconte Marie-Anne Mazoyer. Les centres municipaux de santé (CMS) se sont avérés être la structure la plus pertinente pour mettre en place un projet de Pass de ville. Nous avons commencé à installer des permanences avant d'être financés par l'Agence régionale de Santé (ARS). Celle-ci nous a ensuite suivis, estimant qu'il s'agissait d'une expérimentation intéressante. »

Un nouveau groupe de travail de l'ASV s'est constitué avec un premier objectif : faire de l'accès aux droits en même temps et au même endroit que l'accès aux soins. « Pour cela, nous travaillons en réseau avec l'hôpital, les associations et la CPAM. Et dans une approche pluri-professionnelle, souligne Marie-Anne Mazoyer. L'accès au parcours de soins doit être médical, social mais aussi administratif. Cela nécessite une coordination et une complémentarité des acteurs. »

La Pass de ville permet aux usagers, sans avancer de frais, de bénéficier d'une consultation de médecine générale, d'accéder aux médicaments, aux soins et aux examens complémentaires (laboratoire, radiologie), d'être accompagnés dans l'ouverture des droits à l'assurance maladie, d'être orientés vers des structures médico-sociales de droit commun, et de bénéficier d'un parcours de soins, du suivi et de la continuité des soins de médecine générale. « L'accès au parcours de soins doit être médical, social mais aussi administratif. Cela nécessite une coordination et une complémentarité des acteurs. Pour cela, nous travaillons en réseau avec l'hôpital, les associations et la CPAM, dans une approche pluri-professionnelle », souligne Marie-Anne Mazoyer.

Les agents d'accueil des CMS ont été formés à l'accès aux droits. Un accueil qui peut parfois s'avérer difficile en raison de la barrière de la langue mais aussi face à des personnes en rupture avec les institutions, parfois perdues et sous tension. Dans un lieu confidentiel, les agents d'accueil aident les usagers

à remplir les dossiers AME et CMU-C. Les dossiers sont ensuite déposés à la CPAM par la coordinatrice sociale du CMS qui accompagne tous les agents d'accueil dans les démarches. Cette coordinatrice a un rôle majeur dans le fonctionnement du dispositif : elle mobilise et coordonne les partenaires associatifs et municipaux, apporte une expertise sur les difficultés d'accès aux droits et aux soins des usagers précaires et mène un plaidoyer très argumenté auprès des responsables de la CPAM pour fluidifier les procédures et lutter contre le non recours aux droits des personnes les plus en difficulté.

La ville de Saint-Denis et le CCAS sont actuellement en discussion avec la CPAM pour que l'ouverture des droits à l'assurance maladie puisse se faire 35 jours après le début des démarches, au lieu de trois mois en temps normal. Si les contacts avec la CPAM sont nombreux, ils sont parfois tendus. « Il y a souvent un effet ping-pong entre les services qui peut décourager les patients, relève Marie-Anne Mazoyer. Au début, nos rapports avec la CPAM n'ont pas été faciles mais aujourd'hui, nous avons 88 % d'accords sur les dossiers que nous déposons. Les refus concernent le plus souvent des personnes en situation irrégulière pour lesquelles il est plus difficile d'agir. »

### Des résultats mais des financements difficiles

Ces dispositifs d'accès aux parcours de soins concernent environ 500 personnes par an dont 57 % sont sans ressources. 45 % vivent dans un logement instable, 44 % ont un obstacle linguistique et 79 % n'avaient fait aucune démarche d'ouverture de droits avant de venir à la Pass. Sur ces 500 personnes, 63 % ont bénéficié d'un accompagnement socio-administratif et d'un dépôt de dossier auprès de la CPAM. Une personne sur deux sort du parcours de Pass avec des droits ouverts et peut ainsi se faire soigner sur l'ensemble du territoire. L'ouverture de droits permet aussi une réinsertion sociale puisque le CMS est en lien avec le CCAS qui peut accompagner l'utilisateur dans l'ouverture de droits au RSA.

La ville de Saint-Denis supporte 60 % du financement

du dispositif. Elle reçoit 20000 euros de l'ARS d'Île-de-France et un montant identique de la part de la politique de la ville.

L'expérimentation positive de la Pass de Saint-Denis ouvre sur la perspective du développement des Pass de proximité sur le territoire, notamment à Aubervilliers et à la Courneuve. Mais Marie-Anne Mazoyer souligne que ces dispositifs nécessitent des moyens en termes humains, financiers et organisationnels et que s'engager dans de tels dispositifs relève toujours de choix politiques. ★

SOPHIE KNAPP



© Sophie Knapp

LA PASS DE VILLE EST ACCESSIBLE TOUS LES JOURS  
DANS LES CMS DE SAINT-DENIS.



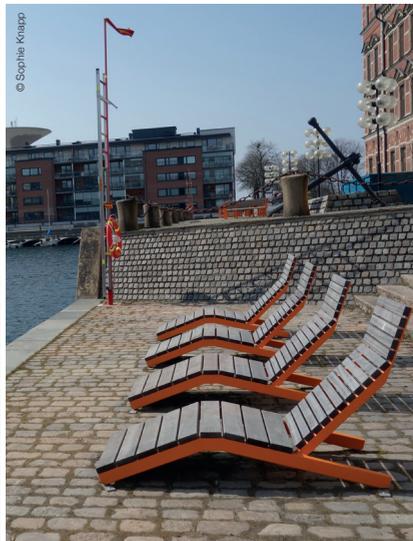
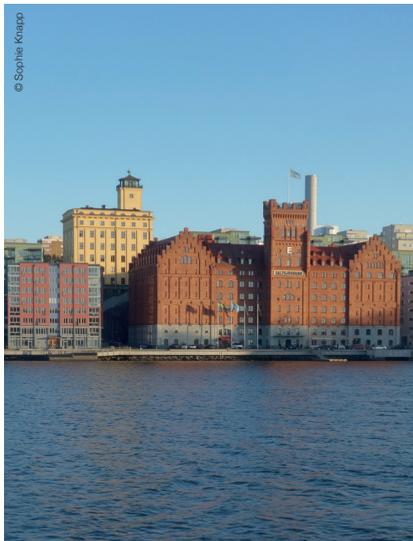
# Territoires, santé, bien-être en Suède

EN QUELQUES DÉCENNIES, LA SUÈDE EST PASSÉE D'UN SYSTÈME DE SANTÉ TRÈS CENTRALISÉ À L'UN DES SYSTÈMES LES PLUS DÉCENTRALISÉS. LES ÉLUS LOCAUX SONT LES GESTIONNAIRES DE LA SANTÉ, RESPONSABLES DU FINANCEMENT DU SYSTÈME. CE MODÈLE, QUI FAVORISE UNE APPROCHE INTÉGRÉE DES PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE, FAIT CEPENDANT FACE À DE VRAIS DÉFIS.

## Le modèle suédois : Etat-providence, social-démocratie et décentralisation

A Stockholm, le professeur de sociologie **Kenneth Nelson** expose les grandes étapes de la construction de l'Etat-providence suédois et ses évolutions récentes. Le modèle social-démocrate a su concilier efficacité économique et cohésion sociale, au profit du bien-être des individus. Mais l'intégration du pays au processus de mondialisation néolibérale remet en cause

les fondements et les composantes d'un « idéal » suédois. Les institutions suédoises sont fortement décentralisées. **Erik Svanfeldt**, coordinateur international de la division « Santé et aide sociale » de l'association suédoise des collectivités locales et des régions (SALAR), expose le cas du système de santé qui est financé et géré principalement par les deux niveaux de collectivités territoriales, les communes et les comtés. Il revient sur la décision récente du Parlement d'autoriser la privatisation des centres de soins gérés par les comtés, mesure qui fait encore débat.



STOCKHOLM, MALMÖ, LANDSKRONA : LES TROIS VILLES TÉMOIGNENT D'UN URBANISME AU SERVICE DU BIEN-ÊTRE.



VÉRITABLE RÉFÉRENCE EN EUROPE DE "L'URBANISME VERT", L'ÉCOQUARTIER HAMMARBY À STOCKHOLM INTERROGE LA DURABILITÉ APPLIQUÉE AU LOGEMENT AU REGARD DES BESOINS DES INDIVIDUS.

## Une approche préventive et intégrée des enjeux de santé

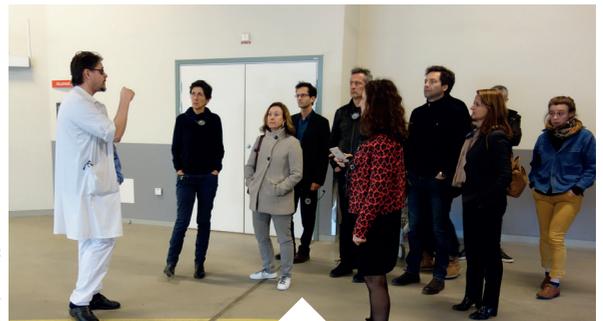
L'architecte **Yves Chantereau** propose un aperçu topographique et historique de la ville de Stockholm et aborde l'aménagement urbain à la « suédoise » et ses répercussions sur la santé des usagers. Il montre comment le bien-être des habitants est pris en compte par les politiques d'aménagement et il évoque l'influence du modèle Dahlgren-Whitehead sur la planification urbaine, notamment à travers l'exemple de l'écoquartier d'Hammarby, véritable référence en Europe en matière d'urbanisme « vert ». A travers une analyse critique de cet écoquartier, **Pernilla Hagbert**, docteure en architecture, montre que l'habitat durable doit être repensé au-delà des discours normalisateurs dominants, en s'intéressant aux besoins des individus et à leurs pratiques quotidiennes.

En Suède, le taux de syndicalisation reste élevé : il atteint 72% des salariés en Suède contre 11% en France. L'approche syndicale suédoise est radicalement différente de l'approche française et le dialogue social reste un des piliers du modèle suédois. Une illustration en est donnée par les représentants de **Kommunal** (le plus important syndicat suédois), de **Vardföretagarna** (le syndicat patronal suédois des sociétés privées de soins de santé) et de **SALAR** (représentant des employeurs publics) quand ils échangent autour des enjeux de santé au travail. De son côté, l'hôpital public Danderyd Sjukhus, dans la région de Stockholm, est réputé pour la qualité de son environnement au travail. **Lena Henning**, responsable des ressources humaines, présente les politiques et actions mises en place en faveur de la santé au travail à travers de nouvelles techniques managériales.



© Sophie Knappo

L'ARCHITECTE YVES CHANTEREAU, EXPERT DANS LE DOMAINE DES VILLES DURABLES



© Sophie Knappo

LES AUDITEURS DE L'IHÉDATE ONT VISITÉ AVEC LE DR RICHARD FLETCHER L'HÔPITAL PUBLIC DANDERYD SJUKHUS, DANS LA RÉGION DE STOCKHOLM, RÉPUTÉ POUR LA QUALITÉ DE SON ENVIRONNEMENT AU TRAVAIL.



LE KAROLINSKA UNIVERSITY HOSPITAL S'INSCRIT DANS LE GRAND PROJET DE DÉVELOPPEMENT URBAIN DE HAGASTADEN.



© Sophie Knapp

## Innovation et planification urbaine au service de la santé

Les acteurs du **projet Hagastaden** présentent ce nouveau projet urbain où se construit autour d'un pôle de recherche médical innovant, l'hôpital Karolinska, un ensemble d'appartements, des lieux de travail, d'espaces verts ou culturels et des centres scientifiques à la pointe de la recherche en santé.

**L'hôpital Karolinska** est un établissement de soins et un centre universitaire leader en Europe et Nya Karolinska Sjukhuset, le nouvel hôpital de Karolinska, un laboratoire des nouvelles pratiques de management public. Celles-ci sont aujourd'hui contestées. La politologue **Lisa Pelling**, le doctorant en Histoire **Jesper Meijling** et **Erika Uilberg**, femme politique sociale-démocrate et vice-présidente du comité exécutif du conseil du comté de Stockholm, abordent dans une perspective critique le New public management à l'hôpital.

© Sophie Knapp



LE QUARTIER BO01, À MALMÖ, PRÉFIGURE LA CITÉ ÉCOLOGIQUE DU FUTUR.

© Sophie Knapp

## L'inclusion à Malmö et à Landskrona

Au pied de la Turning Torso, **Bo01** est le premier quartier neutre en carbone au monde. Situé à Malmö, la troisième ville de Suède, il contraste avec le quartier **Rosengård** confronté à de nombreuses difficultés sociales. **Lotta Hanson**, responsable de la communication de la municipalité de Malmö, souligne les contrastes de cette ville qui connaît le taux d'immigration le plus important de Suède.

A **Rosengård**, les responsables du projet **Amiralss-taden** initié par la « Commission for a socially sustainable Malmö » ont intégré les habitants au projet de réhabilitation du quartier. On y trouve aussi l'école **Mosaikskolan** qui accueille des élèves de plus de 50 nationalités différentes avec des actions concrètes qui facilitent l'intégration des enfants et adolescents migrants.



A **Landskrona**, toujours dans le comté de Scanie, le président du conseil municipal **Torkild Strandberg** (parti libéral) et **Christian Alexandersson**, directeur des services de la ville, dialoguent autour des enjeux d'une ville moyenne au passé industriel, aujourd'hui confrontée au vieillissement de sa population, à la hausse de l'immigration et à l'augmentation de la précarité. Face à ces enjeux, la Ville a connu une crise politique en 2006 et le maire libéral de l'époque a formé une coalition avec le parti d'extrême droite pour la diriger. Aujourd'hui, de nouvelles politiques de régénération urbaine sont mises à l'œuvre.

## L'intégration de toutes et tous au système de santé

La Suède mène une politique très active auprès des personnes âgées dépendantes. Les communes choisissent elles-mêmes si elles souhaitent déléguer les services de soins à domicile à des organismes privés ou publics. Les **centres de soins primaires**, premier niveau du parcours de santé des patients, sont gérés par les comtés. A Landskrona coexistent un centre de soins primaires public et un centre privé spécialisé dans les maladies liées au travail.

© Anne-Sophie Borgegalle



ELISABETH AXELSSON EST LA RESPONSABLE D'UN CENTRE DE SOINS PRIMAIRES PUBLIC.

## COMMISSION for a SOCIALLY SUSTAINABLE MALMÖ

13/04/2018  
Mafy

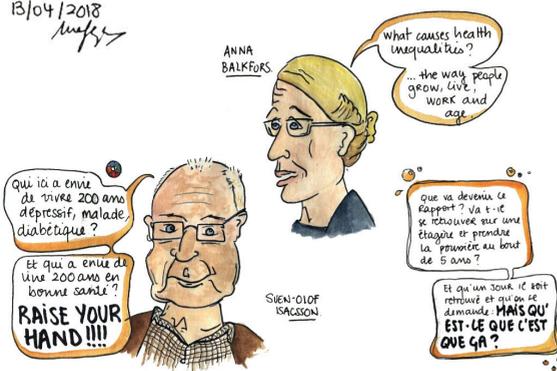


Illustration : © Marie Gros

SVEN-OLOF ISACSSON A ÉTÉ PRÉSIDENT DE LA COMMISSION SOCIALLY SUSTAINABLE MALMÖ. ANNA BALKFORS A COORDONNÉ ET MIS EN ŒUVRE LES TRAVAUX DE LA COMMISSION.

La ville de Malmö a initié en 2011 la **Commission socially sustainable Malmö** qui a travaillé sur le lien étroit entre cohésion sociale et santé. Elle souligne l'importance de considérer ces deux facteurs dans des politiques publiques urbaines intégrées. La commission a fourni un diagnostic et des recommandations pour faire de l'aménagement urbain la clef de voûte de l'inclusion. La rencontre avec les principaux instigateurs de ce travail permet d'appréhender les enjeux sociaux et territoriaux de Malmö et de voir comment ces recommandations ont été concrètement prises en compte par la municipalité. ★

Un programme préparé par **Solène Cordonnier**, **Marie Gros**, **Maud Picart** et **Maxime Verdin**, étudiants de l'École urbaine de Science Po au sein du Master Stratégies territoriales et urbaines. Tuteur : **Bruno Palier**, co-directeur du laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques (LIEPP), directeur de recherche du CNRS à Sciences Po (CEE) et professeur honoraire du Welfare state research à l'université d'Odense, South Denmark.

# ENQUÊTE

© Sophie Krapp



GRÂCE À UNE VISION PRÉVENTIVE ET À UNE APPROCHE INTÉGRÉE DES POLITIQUES DE SANTÉ ALLANT DE LA PRATIQUE DU SOIN À L'URBANISME, LE SYSTÈME DE SANTÉ SUÉDOIS EST L'UN DES SYSTÈMES LES PLUS PERFORMANTS AU MONDE. DEUX INTERROGATIONS ONT GUIDÉ LA MISSION D'ÉTUDE RÉALISÉE À STOCKHOLM ET DANS LE COMTÉ DE SCANNIE.

LA PREMIÈRE ÉTAIT D'ALLER VOIR DANS QUELLE MESURE L'ORGANISATION DÉCENTRALISÉE DE LA SUÈDE FAVORISE LES PERFORMANCES DU PAYS EN TERMES DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE. L'AUTRE QUESTION PORTAIT SUR LES TRANSFORMATIONS DU MODÈLE SUÉDOIS DEPUIS LES ANNÉES 1990, AVEC L'INTRODUCTION DE MÉCANISMES DE CONCURRENCE, DE LIBÉRALISATION ET DE PRIVATISATION, ET SUR LES IMPACTS TERRITORIAUX DE CETTE ÉVOLUTION.

BO01, LE PREMIER QUARTIER NEUTRE EN CARBONE AU MONDE, À MALMÖ



# Santé et territoire : un modèle suédois en mutation

## Un modèle admiré à la construction récente

Qualifié de troisième voie par rapport aux modèles dominants du capitalisme libéral et du socialisme, le modèle suédois émerge au cours des années 1940. Le double objectif des autorités publiques est de faire reculer la misère tout en modernisant l'économie. C'est pourquoi elles adoptent une approche intégrée des politiques économiques et sociales : les dépenses sociales renforcent la productivité, dont les bénéfices économiques servent en retour au financement du bien commun. C'est l'investissement social.

Ce pragmatisme s'appuie sur une puissante culture du compromis. Élément-clé dans le succès du modèle, le compromis façonne les

relations entre acteurs depuis l'accord de 1938 passé entre le patronat et les syndicats pour pacifier les relations de travail, en échange de la reconnaissance du rôle actif des syndicats. A plusieurs reprises au cours du voyage, nous avons été témoins de cette capacité collective des parties à se mettre autour de la table pour dessiner des solutions à même de satisfaire les intérêts de chacun.

La confiance, à la fois entre les personnes et envers les institutions, est également un élément déterminant dans le succès du modèle. L'approche universelle et l'efficacité des mécanismes redistributifs réduisent le sentiment d'injustice entre les personnes. Elles instaurent également un sentiment généralisé de sécurité et une propension à accepter l'interventionnisme étatique.

## Un état unitaire fortement décentralisé : responsabilité et proximité des soins

En Suède, les 21 comtés et les 290 communes sont bien plus autonomes que les collectivités françaises : elles tirent leurs revenus en moyenne à 70 % de leur fiscalité et leurs compétences sont multiples. Les comtés s'occupent principalement de la santé publique (à travers la gestion des centres de soins primaires et des hôpitaux), ainsi que des établissements culturels et des transports. Les communes gèrent le développement économique, la protection sanitaire et l'aide sociale, l'éducation, la planification et la construction, ou encore la protection de l'environnement. Les dépenses des collectivités locales suédoises représentent près de la moitié du total des dépenses publiques alors qu'en France, elles représentent à peine 20 %. De puissants mécanismes de péréquation assurent à chaque collectivité les moyens de conduire les politiques dont elle a la charge.

En matière de santé, la décentralisation des compétences (et des ressources associées) se traduit par un système très pragmatique et au plus proche des patients. Ainsi, le transfert de la compétence relative aux soins des personnes âgées et dépendantes aux communes a entraîné le développement des soins à domicile, ce qui a permis de réduire considérablement le nombre de lits

LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ D'APRÈS LE MODÈLE  
DE DAHLGREN ET WHITEHEAD



S'INSPIRANT DU MODÈLE DAHLGREN-WHITEHEAD EMBLÉMATIQUE DE L'APPROCHE HOLISTIQUE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE, LES POLITIQUES DE SANTÉ S'ATTACHENT À AMÉLIORER LE CONTEXTE GLOBAL DANS LEQUEL ÉVOLUE L'INDIVIDU.



© Sophie Kraupp



© Sophie Kraupp

d'hôpital. La décentralisation rend également possible des politiques de santé intégrées, pour lesquelles la planification joue un rôle central.

### **La planification : incarnation des politiques de santé intégrées**

Ce n'est pas un hasard si un chercheur suédois est à l'origine du modèle Dahlgren-Whitehead, emblématique de l'approche holistique de la santé et du bien-être. Selon ce modèle, développé en 1991, il existe

quatre niveaux d'amélioration du bien-être : le style de vie (alimentation, sport, alcool, tabac), le capital social, l'environnement immédiat (logement, conditions de travail, accès aux biens et services) et les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales.

Les politiques préventives et intégrées sont issues d'une collaboration entre différents échelons du fait de la nécessité d'agir sur toutes les sphères de la vie. D'un côté, le gouvernement énonce les grands objectifs nationaux, comme



SVEN-OLOF ISACSSON, MARIANNE DOCK ET ANNA BALKFORS, MEMBRES DE LA « COMMISSION FOR A SOCIALLY SUSTAINABLE MALMÖ »



© Sophie Knapp

LE PROJET AMIRALSSSTADEN, À MALMÖ, CONSISTE À CRÉER UN BASSIN DE VIE AUTOUR D'UNE STATION DE MÉTRO DANS LE QUARTIER DÉFAVORISÉ DE ROSENGÅRD EN ASSOCIANT LES DIFFÉRENTES COMMUNAUTÉS IMMIGRÉES À LA CONCEPTION.

la lutte contre l'obésité ou les enjeux environnementaux au travers de grandes campagnes de prévention ; de l'autre, les municipalités traduisent ces objectifs par des aménagements urbains préventifs, tout en garantissant la participation citoyenne. Ainsi, le projet Amiralssstaden à Malmö, consiste à créer un bassin de vie autour d'une station de métro dans le quartier défavorisé de Rosengård ; les différentes communautés immigrées sont associées à la conception du projet grâce à un nombre important de traducteurs. Les grandes villes suédoises

s'imposent comme des modèles à l'international en ce qui concerne l'urbanisme durable et inclusif : Stockholm, élue European Green Capital en 2010, est présentée comme leader dans l'urbanisme féministe ; Malmö est classée 5<sup>e</sup> meilleure ville cyclable au monde dans l'Index 2017 Copenhagenize et a su se saisir de l'enjeu de l'intégration à l'échelle de la ville avec le vaste projet de recherche Commission for a Socially Sustainable Malmö. Pour autant, il y a indéniablement une part de marketing dans la valorisation de ces réussites par

les Suédois eux-mêmes, dont nous avons vu qu'ils savaient dépasser leurs clivages pour offrir une vision positive de leurs organisations.

### Un modèle remis en cause par la libéralisation

Depuis la crise de la dette de 1990, la Suède s'est progressivement dirigée vers un modèle plus libéral, avec deux périodes de gouvernement libéral (de 1991 à 1995 et de 2006 à 2014).

SELON L'INDEX 2017 COPENHAGENIZE, MALMÖ EST CLASSÉE  
5<sup>E</sup> MEILLEURE VILLE CYCLABLE AU MONDE APRÈS COPENHAGUE,  
UTRECHT, AMSTERDAM ET STRASBOURG.



Ce mouvement s'est inscrit au départ dans l'objectif de réduire les dépenses en matière de santé, tout en rendant le système de soins plus efficace, notamment pour lutter contre l'allongement des files d'attente. Mais, de plus en plus, il s'agit aussi de répondre à une demande croissante des patients de disposer d'une plus grande liberté de choix.

Le libre choix du centre de soins issu de la Réforme Ädel de 1992 induit une compétition, qui s'est accrue depuis l'autorisation de centres de soins privés - financés par de l'argent public (2010). Cependant, les collectivités étant autonomes en matière de politiques de santé, elles ont un

© Sophie Knapp

LES COMTÉS ONT À LEUR CHARGE LA GESTION  
DES CENTRES DE SOINS PRIMAIRES.



© Sophie Knapp



© Anne-Sophie Boisgallais

L'HÔPITAL NYA KAROLINSKA EST EMBLÉMATIQUE DES PARTENARIATS PUBLIC-PRIVÉ QUI SE DÉVELOPPENT CES DERNIÈRES ANNÉES. LES SUR-COÛTS FARAMINEUX ONT CONDUIT À UNE ANNULATION DU PARTENARIAT PAR LA VILLE DE STOCKHOLM.

pouvoir de décision sur l'installation des centres privés. Il en résulte une mise en oeuvre très inégale de la réforme sur le territoire qui dépend des orientations politiques des gouvernements locaux et des choix d'implantation des établissements privés. Il est notable que la privatisation d'une partie des centres de soin et des hôpitaux s'est traduite par une forte hausse des dépenses de santé, dont la part dans la richesse produite rejoint désormais celle de la France. Par ailleurs, les partenariats public-privé se sont développés depuis quelques années. L'un des exemples les plus emblématiques est celui de l'hôpital de recherche

internationalement réputé du Nya Karolinska. Les surcoûts faramineux ont conduit à une annulation du partenariat par la ville de Stockholm.

Le modèle suédois est donc aujourd'hui en pleine transformation. Pour autant, le compromis social-démocrate est-il réellement menacé ou est-ce encore là l'expression d'un compromis pragmatique réalisé dans le but de maintenir une offre de qualité tout en limitant les coûts ? Force est de constater que le modèle universaliste prédomine toujours : le tarif des soins reste le même dans tous les centres de soins et le financement (public) des centres est

similaire, que le centre soit privé ou public. Cependant, on observe une nette accélération du reste à charge individuel en matière de soins sans que le nombre de consultations n'augmente après 2010.

Le modèle n'est pas figé et est constamment débattu, avec des tentatives de nouvelles régulations. En 2017 déjà, une commission avait proposé de limiter les profits des entreprises de soins privées financées publiquement, sans que cette proposition n'ait été retenue. Il n'en reste pas moins que la privatisation demeure très débattue et a été un thème majeur des élections parlementaires de septembre 2018. ★

SESSION

4

# Reconfigurations de l'Etat : approches des Etats-providence en Europe

Intervenants

SESSION ACCUEILLIE  
À LA CAISSE DES DÉPÔTS

**PATRICK LE GALÈS** (coordinateur) est politiste et sociologue, directeur de recherche CNRS au Centre d'études européennes de Sciences Po, professeur à Sciences Po et Corresponding Fellow of the British Academy. En 2018, il a reçu la médaille d'argent du CNRS pour ses travaux.

**PATRICK LE LIDEC** est chargé de recherche CNRS au Centre d'études européennes de Sciences Po et enseignant à l'Ecole urbaine de Sciences Po.

**HENRI LEWALLE** est un spécialiste des systèmes de santé, particulièrement des coopérations transfrontalières en santé dans l'Union européenne. Il coordonne les projets Interreg sanitaires et médico-sociaux transfrontaliers franco-belges et au sein de la Grande région.

**AURÉLIEN ROUSSEAU** a été chargé en mars 2018 par le Premier ministre et la ministre de la Santé et des Solidarités d'une mission sur les ressources humaines à l'hôpital. Il était président-directeur général de la Monnaie de Paris en avril 2018. Il est devenu depuis directeur général de l'ARS Ile-de-France.

**Emmanuel Henry** est professeur de sociologie à l'université Paris-Dauphine, PSL Research University et chercheur à l'institut de recherches interdisciplinaires en sciences sociales (IRISSO, CNRS).

## 8 sessions

## session 4 SESSION 4 session 4

## 8 sessions 8 SESSION 4

ALORS QUE LES ÉTATS-NATIONS SE TRANSFORMENT, ENTRE INTÉGRATION COMMUNAUTAIRE ET MONTÉE DES POUVOIRS TERRITORIAUX, LA GOUVERNANCE DES ÉTATS-PROVIDENCE ET DES SYSTÈMES DE SANTÉ EN EUROPE EST UN TERRAIN RICHE POUR OBSERVER LES NOUVEAUX MODÈLES D'ACTION PUBLIQUE.

Les divergences entre territoires observables en France, en Europe, mais plus encore en Chine ou aux États-Unis, se révèlent à travers les écarts de richesse, les comportements et les dynamiques sociales. Pour **Patrick Le Galès**, elles témoignent du fait que, pour les États, « l'énergie unificatrice » territoriale n'est pas ou n'est plus une priorité. L'État a perdu le monopole de l'autorité politique. Il est désormais en concurrence avec des institutions supranationales, comme l'Union européenne, des pouvoirs locaux, des entreprises privées. Dès lors, qui exerce l'autorité politique et comment faire des politiques publiques ?

En miroir à ces interrogations, **Patrick Le Lidec** offre un éclairage sur les politiques de recentralisation financière et les recompositions de l'architecture territoriale en France et en Europe. Après un long cycle de décentralisation débuté dans les années 1970, on assiste depuis le début des années 2000 à deux phénomènes qui ont fortement transformé les pouvoirs locaux. Des politiques de renforcement de la coordination budgétaire et fiscale ont été imposées par les pouvoirs centraux aux pouvoirs locaux. Et des réformes des structures territoriales leur ont également été imposées dans les pays de l'OCDE. Ces politiques ont eu un impact différent selon les pays européens.

Dans l'Union européenne toujours, la santé et son financement relèvent de la compétence de chaque État membre. Pourtant **Henri Lewalle** montre que la coordination des systèmes de Sécurité sociale constitue un instrument de droit social international qui favorise la mobilité des travailleurs et des citoyens au sein de l'Union européenne. Les coopérations entre États dans le domaine de la santé sont encouragées par des dispositifs européens

ayant pour origine la jurisprudence de la Cour de justice européenne. Leur développement incarne l'impact positif de l'Union européenne et permet une reconfiguration des fonctions collectives dans des territoires frontaliers traversés par des découpages historiques.

En France, les conditions d'exercice professionnel en milieu hospitalier ont radicalement changé du fait de mouvements de fond qui touchent l'hôpital lui-même, les soignants et le rapport de la société avec l'univers hospitalier. Selon **Aurélien Rousseau**, ces évolutions sont en grande partie restées dans l'angle mort des politiques de ressources humaines. Elles sont pourtant porteuses d'opportunités, notamment pour mieux prendre en charge les patients dans une dynamique de parcours et pour repenser l'inscription territoriale de l'hôpital.

Si la santé est devenue la première préoccupation des Français, des chiffres alarmants restent pourtant hors du débat public : on estime que chaque année se déclarent entre 14 000 et 30 000 nouveaux cas de cancers professionnels. Face à ce silence, **Emmanuel Henry** s'interroge : n'est-il pas surprenant que l'activité économique soit la cause de milliers de malades et de morts et que personne n'en parle ? Comment expliquer qu'à l'exception du scandale de l'amiante, la question des substances toxiques soit éludée ? Le sociologue observe que les instruments et les dispositifs de gestion des risques professionnels sont aujourd'hui conçus par et pour des experts, rendant leur appropriation par les représentants salariaux et par les citoyens très difficile. Devenus invisibles par méconnaissance, voire par production volontaire d'ignorance scientifique par les industriels, ces risques disparaissent des radars, et c'est l'inaction publique qui l'emporte. ★



DANS LE CADRE DE LA STRATÉGIE DE LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ, LE PREMIER MINISTRE, EDOUARD PHILIPPE, ET LA MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, AGNÈS BUZYN, ONT CONFIE À AURÉLIEN ROUSSEAU UNE MISSION SUR LES RESSOURCES HUMAINES À L'HÔPITAL. SON MESSAGE : LE CHANGEMENT NE POURRA SE FAIRE QU'À TRAVERS LES SOIGNANTS.



## Aurélien Rousseau

Directeur général de l'Agence régionale de santé Île-de-France, Aurélien Rousseau a exercé les fonctions de président-directeur général de la Monnaie de Paris et de directeur adjoint du cabinet et conseiller social du Premier ministre (2015-2017). Il a travaillé plusieurs années à la Ville de Paris comme directeur adjoint du cabinet de Bertrand Delanoë puis secrétaire général adjoint de la Ville, en charge de l'aménagement urbain, de l'espace public, du logement et des questions métropolitaines. Il a été chargé en mars 2018 par le Premier ministre et la ministre de la Santé et des Solidarités, d'une mission sur les ressources humaines à l'hôpital.



# « Le management doit entrer à l'hôpital »

## Quel est votre constat sur la situation actuelle ?

En 2018, la santé est devenue la première préoccupation des Français, devant le chômage et la sécurité. Cette préoccupation est structurée autour d'un très fort paradoxe. Alors que les Français ont la certitude qu'ils sont très bien soignés, ils ont aussi le sentiment que notre système de santé est en train de s'effondrer, qu'il est à bout de souffle. Si nous savons très bien réparer les gens en France, nous savons assez mal les soigner face à la maladie chronique et à la dépendance. Dans ce paysage, deux marqueurs forts apparaissent comme les symptômes des difficultés du système : la situation des urgences et les déserts médicaux.

PORTES OUVERTES À L'HÔPITAL EUROPÉEN  
GEORGES-POMPIDOU. DEPUIS 2014, LA SANTÉ EST  
LA PREMIÈRE PRÉOCCUPATION DES FRANÇAIS.



## Quel regard portez-vous sur ce tableau assez sombre ?

D'abord, nous sommes dans un système qui est davantage en situation de transformation que d'effondrement. Ensuite, je suis convaincu que cette transformation du système de santé ne peut aboutir qu'à travers la question des soignants. Beaucoup s'interrogent sur leur travail et ils sont de plus en plus nombreux à le dire : « Ce qu'on fait n'a plus aucun sens ». Enfin, cette transformation n'est actuellement pas nommée. Le système de santé a connu une complexification croissante qui ne s'est pas accompagnée de réflexions sur la gouvernance et certains mots n'ont pas franchi la porte de l'hôpital. Notamment le mot « management public ». Aujourd'hui, la complexité de notre système repose entièrement sur l'acteur de base, c'est-à-dire le patient. Il n'y a pas de parcours de soin structuré à l'échelle nationale, le patient doit se débrouiller seul.

## Comment qualifiez-vous les mouvements qui ont produit ce système complexe ?

Je citerai trois grands mouvements. Premièrement, l'hôpital a radicalement changé sous l'effet puissant de la tarification à l'activité (T2A). Elle a créé une concurrence entre hôpitaux et des inégalités de soins au niveau du territoire pour une même pathologie. Aujourd'hui, nous arrivons au bout du système de la T2A.

Le deuxième élément est la transformation de la gouvernance de l'hôpital. Concrètement se pose la question de la hiérarchie. Là où le leadership médical était omniprésent, il s'agit de donner plus de pouvoir au directeur d'hôpital. L'échelle du service va disparaître pour basculer dans une structuration par pôles, avec l'idée de pouvoir déployer de la performance médico-économique dans l'affectation des moyens. Par exemple, une infirmière qui travaille dans un service doit pouvoir basculer dans un autre service en cas de manque de personnel.

Le troisième mouvement, c'est le virage ambulatoire : aujourd'hui, on soigne, on opère et les gens sortent très vite de l'hôpital. Si on se met à la place d'une infirmière ou d'un infirmier, on se rend compte que ce n'est pas seulement une question d'organisation. Avant l'ambulatoire, le métier était d'accueillir des gens malades et de les accompagner jusqu'à leur guérison. Désormais ils interviennent essentiellement dans la phase aiguë. Les patients ne sont pas totalement guéris lorsqu'ils quittent les murs de l'hôpital. Cela change radicalement la conception même du métier. L'infirmière ou l'infirmier doit pouvoir se mettre en contact avec les professionnels de la ville qui vont prendre le relais et savoir communiquer avec eux.

## Selon vous, qui est le plus touché par ces transformations, les patients ou les soignants ?

A mes yeux, ce sont beaucoup plus les soignants que les patients. Il n'y a pas eu de dégradation majeure des soins pour les patients. Il me semble que la transformation du système de santé ne peut pivoter que sur les soignants, à travers cinq nœuds, cinq enjeux majeurs.

Le premier sujet concerne le binôme autonomie/équipe. Le sentiment profond des soignants, c'est que la notion d'équipe s'est diluée à l'hôpital, qu'ils sont seuls face à la maladie et la douleur et que dans le même temps, leur exercice est devenu très standardisé. Ils doivent retrouver une autonomie dans la sécurité : les aides-soignants et les infirmiers font des choses qu'ils ne devraient pas faire. Ils le font avec un sentiment d'insécurité mais pour répondre à la douleur des patients.

Le deuxième sujet est le sentiment d'inéquité : c'est toujours le même qui vient faire les gardes le dimanche ou la nuit. Dans les retours que j'ai eus lors de cette mission, les mêmes propos reviennent souvent : ceux qui ne font rien ne sont jamais sanctionnés et ceux qui travaillent ne sont pas reconnus ni encouragés financièrement. Cette indifférenciation est désormais perçue comme inéquitable.



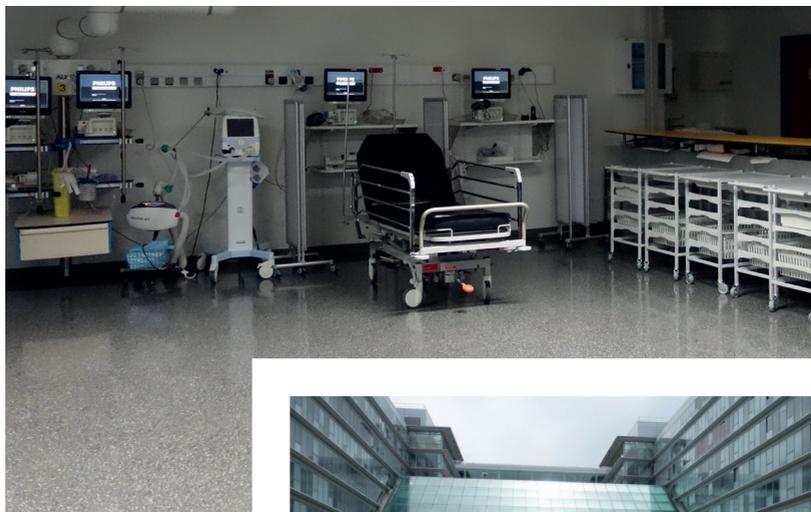
LES CONDITIONS D'EXERCICE PROFESSIONNEL EN MILIEU HOSPITALIER ONT RADICALEMENT CHANGÉ DU FAIT DE MOUVEMENTS DE FOND QUI TOUCHENT LES SOIGNANTS ET L'HÔPITAL LUI-MÊME.

Le troisième sujet est difficile à articuler à l'hôpital, c'est la question du management. Il faut donner de la légitimité à la fonction managériale à l'hôpital. Il faudrait pouvoir dire à quelqu'un qui veut être chef de service ou chef de pôle : « On va évaluer vos compétences managériales et on va vous former pour ça. Et dans trois ans, avant de vous renouveler, on évaluera l'exercice de la compétence managériale. » Ça peut paraître évident mais aujourd'hui, à l'hôpital public, ça n'existe pas. Et le management, cela n'implique pas que les médecins. C'est aussi l'encadrement intermédiaire, c'est-à-dire les cadres de santé. Actuellement, ces professionnels occupent 80 % de leur temps à tenir un tableau de garde qui pourrait être géré par des outils numériques.

Le quatrième sujet porte sur la question des parcours et de la mobilité. Les soignants n'ont aucune idée de ce qu'ils peuvent faire en termes de mobilité. Et dans de nombreux cas, la mobilité passe par un renoncement. Si une infirmière



SERVICE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE DE L'HÔPITAL EUROPÉEN GEORGES-POMPIDOU. LE VIRAGE AMBULATOIRE A FAIT ÉVOLUER LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES. DÉSORMAIS, LE MALADE NE RESTE PLUS À L'HÔPITAL JUSQU'À SA GUÉRISON.



© Sophie Knapp



© Sophie Knapp

devient cadre de santé, elle ne fera plus de soins. Ce que souhaitent les soignants, c'est une diversité dans les modes d'activité.

Le dernier point tourne autour du lien entre le dedans et le dehors. C'est-à-dire le développement de parcours avec la ville. Ce sont des opportunités considérables pour répondre au sentiment d'assignation et à la demande de mobilité. Et pourtant, des dispositifs comme les groupements hospitaliers de territoire sont perçus comme le symbole de la course à la rentabilité de l'hôpital public, alors même qu'ils pourraient être traduits en opportunités pour les soignants.

### **Le management suffira-t-il à transformer l'hôpital ?**

Non. Il faudra passer par des choix politiques, la fermeture de structures, une mise de jeu financière sur les urgences. Soyons lucides, il faut acheter le droit de parler de transformation

et déchirer le rideau de scène qui cache les vrais sujets du contrat social en matière de santé en France. Depuis la fin de la deuxième guerre mondiale, le message de ce contrat social était de dire qu'on pouvait être opéré partout. Mais depuis vingt ans, parce qu'on essaie de maintenir des hôpitaux sur tout le territoire, il y a davantage de gens qui meurent dans certains endroits que dans d'autres. Je cite souvent cette phrase très juste de la ministre des Solidarités et de la Santé qui mérite qu'on y réfléchisse : « Je ne fermerai jamais un hôpital uniquement pour des raisons financières, mais je ne laisserai jamais un hôpital ouvert dans lequel je n'enverrais pas mes propres enfants. » ★

SESSION

5

# La mobilité au défi de la santé

LES AUDITEURS DE L'IHÉDATE À RENNES



Intervenants

SESSION ACCUEILLIE À L'EHESP  
À RENNES

**CHARLOTTE MARCHANDE-FRANQUET** (coordinatrice) est adjointe déléguée à la santé et l'environnement de la ville de Rennes. Elle est présidente du réseau français des villes-santé de l'OMS et co-présidente du GUAPO (Global Urban Air Pollution Observatory).

**MICHEL SAVY** (coordinateur) est professeur émérite à l'université Paris Est (École d'urbanisme de Paris, École des Ponts) et chercheur associé au laboratoire SPLOTT de l'IFSTTAR.

**STÉPHANE SCHULTZ** est consultant en stratégie, spécialiste des modèles économiques du numérique.

**HENRI-NOËL RUIZ** est directeur de l'agence d'urbanisme et de développement de la région rennaise (Audiar).

**ZOÉ HÉRITAGE** est la directrice du réseau français des villes-santé de l'OMS depuis 2008.

**SYLVIANE RAULT** est adjointe à la maire de Rennes, déléguée à la Mobilité et conseillère communautaire de Rennes Métropole.

**ANNE ROUË LE GALL** est enseignante-chercheuse à l'École des hautes études en santé publique (EHESP).

**GUILHEM DARDIER** est chargé d'études au département à l'EHESP.

## 8 sessions

## session 5

## 8 sessions

## SI LA SANTÉ D'UN TERRITOIRE PASSE PAR SA DESSERTÉ, CELLE DES INDIVIDUS PARAÎT DÉSORMAIS MENACÉE PAR UNE MOBILITÉ AUTOMOBILE CAUSE DE POLLUTIONS ET DE SÉDENTARITÉ.

La métaphore du corps bien irrigué a longtemps servi de modèle pour l'équipement du territoire en grandes infrastructures de transport. Pour **Michel Savy**, les infrastructures de transport - qui évoluent sur un temps long - sont un élément essentiel de l'organisation du territoire. Les usages des infrastructures connaissent aujourd'hui des mutations intenses, accélérées par des innovations techniques, organisationnelles et sociales. Des innovations telle que la voiture autonome qui symbolise la croyance aveugle dans un solutionnisme technologique mais aussi la peur de l'hégémonie des géants du web. Selon **Stéphane Schultz**, les futurs possibles restent à imaginer, il propose une approche pragmatique de ce que cette technologie peut apporter à nos villes et à nos mobilités. De son côté, **Henri-Noël Ruiz** revient sur l'arrivée du TGV à Rennes en 1h30 de Paris. Il évoque les externalités négatives qu'elle pourrait provoquer sur le marché de l'immobilier et sur l'accroissement des inégalités socio-spatiales dans le territoire. Et il rappelle la nécessité de politiques d'accompagnement pour optimiser les effets du TGV pour les entreprises et les habitants, à l'échelle de la ville mais aussi du territoire d'Ille-et-Vilaine et de la Bretagne.

Au-delà du TGV, ce sont tous les modes de déplacement qui nécessitent d'être repensés au regard de leur impact direct et indirect sur la santé. **Charlotte Marchandise-Franquet** explique comment le Réseau français des villes-santé de l'OMS soutient et accompagne les collectivités locales dans leur réflexion sur la conception d'une ville où les populations peuvent vivre en bonne santé. Une réflexion soutenue par des outils. Ainsi l'OMS Europe a mis au point un outil d'évaluation des effets sanitaires des mobilités actives, HEAT<sup>1</sup>. Présenté par **Zoë Héritage**, il

a pour but d'évaluer économiquement les bienfaits pour la santé de la pratique de la marche ou du vélo. Un enjeu important car la Ville de Rennes mène une politique alternative au « tout voiture », à travers la promotion des transports collectifs et des mobilités actives. **Sylviane Rault** montre comment cette politique s'inscrit dans la stratégie globale des déplacements sur le territoire de Rennes Métropole, à travers le plan de déplacements urbains (PDU) en préparation pour la période 2019 - 2030.

De nombreuses études apportent des éléments de preuve de l'impact des choix d'urbanisme sur la santé, la qualité de vie et le bien-être des populations. Mais la complexité des liens existants entre les nombreux déterminants de santé et les différentes dimensions de l'urbanisme, et la déclinaison de ces connaissances scientifiques sur le terrain constituent encore un défi. Pour y voir plus clair, **Anne Roué Le Gall** développe la notion d'urbanisme favorable à la santé et **Guilhem Dardier** met l'accent sur deux expériences concrètes d'évaluation d'impact sur la santé qui ont été initiées à Rennes.

Un parcours à vélo proposé aux auditeurs dans les rues de Rennes permet de mieux percevoir les principes de planification urbaine, les aménagements favorables aux mobilités actives et à l'intermodalité, les nouvelles pratiques tels que le vélo électrique ou le covoiturage. Puis dans cette ville connue pour sa « rue de la soif » et ses jeudis soirs animés, les auditeurs découvrent **Noz'ambule**. Participant à la politique publique de « prévention de la consommation excessive d'alcool » menée par la Ville de Rennes, ce dispositif de réduction des risques et d'amélioration du bien-vivre ensemble est animé par des étudiants, des professionnels de santé et des bénévoles. ★

<sup>1</sup> <http://www.villes-sante.com/thematiques/heat/>.



LA VILLE DE RENNES EST MEMBRE DU RÉSEAU DES VILLES-SANTÉ DE L'OMS DEPUIS 1990. ELLE PROMET UNE APPROCHE DE LA SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES, AVEC NOTAMMENT UN AXE AUTOUR DE L'URBANISME FAVORABLE À LA SANTÉ, COUPLÉ AVEC UNE APPROCHE VISANT LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ, PARTICULIÈREMENT PENDANT L'ENFANCE. FACE AU MILLE-FEUILLE ADMINISTRATIF ET JURIDIQUE (PLAN DE PROTECTION DE L'ATMOSPHÈRE, PLAN CLIMAT-AIR-ÉNERGIE TERRITORIAL, PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ ET PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ-ENVIRONNEMENT, PLAN LOCAL D'URBANISME, PLAN DE DÉPLACEMENT URBAIN, ETC.), LA VILLE DE RENNES S'ATTACHE À CONSTRUIRE DE NOUVEAUX INDICATEURS PERMETTANT D'ÉVALUER LES POLITIQUES PUBLIQUES ET D'OBSERVER LA SANTÉ DES HABITANTS À L'ÉCHELLE INFRA-COMMUNALE.



## **Charlotte Marchandise-Franquet**

Maire-adjointe déléguée à la santé et à l'environnement de la ville de Rennes, Charlotte Marchandise-Franquet a été élue en 2014 en tant que candidate d'ouverture.

Engagée depuis plus de 20 ans dans le monde associatif et l'éducation populaire, avec comme fil rouge l'empowerment, elle est consultante indépendante spécialiste de la santé urbaine. En tant que présidente du réseau français des villes-santé de l'OMS et co-présidente du Global Urban Air Pollution Observatory (GUAPO), elle porte la voix des acteurs locaux au niveau ministériel, tout en développant la formation des élus et des acteurs de terrain ainsi que le partage de bonnes pratiques.

# « Mettre de la santé dans toutes les politiques »

## Comment définissez-vous la santé ?

J'aime rappeler la définition de l'Organisation mondiale de la Santé pour qui la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et non pas uniquement l'absence de maladie ou d'infirmité. C'est important parce qu'à chaque fois que je rencontre des élus au niveau local ou national, on me répète : « Il faut des médecins. » C'est vrai. Mais la santé, cela ne se limite pas au nombre de médecins sur un territoire car l'accès aux soins n'est responsable que d'environ 15 % de l'état de santé d'une population. Le reste est lié aux déterminants que sont les facteurs biologiques, génétiques, l'environnement physique et l'environnement social et économique. La santé est donc un concept global et un droit fondamental. D'ailleurs l'OMS commence à parler systématiquement de santé et de bien-être.

## Associer les termes ville et santé, n'est-ce pas un paradoxe ?

Le bien-être et la santé sont des priorités, au même titre que la sécurité et les infrastructures. Politiquement, c'est un sujet qui monte, poussé par une forte demande des citoyens. Il est vrai qu'encore aujourd'hui, la promotion de la santé n'est pas une compétence de la ville. Mais on voit bien que cette question retombe finalement sur les élus locaux qui doivent désormais s'occuper de domaines en lien avec la santé comme la qualité de l'air ou encore la santé mentale. Pourtant nommer un adjoint à la santé dans sa ville demeure un choix volontariste.

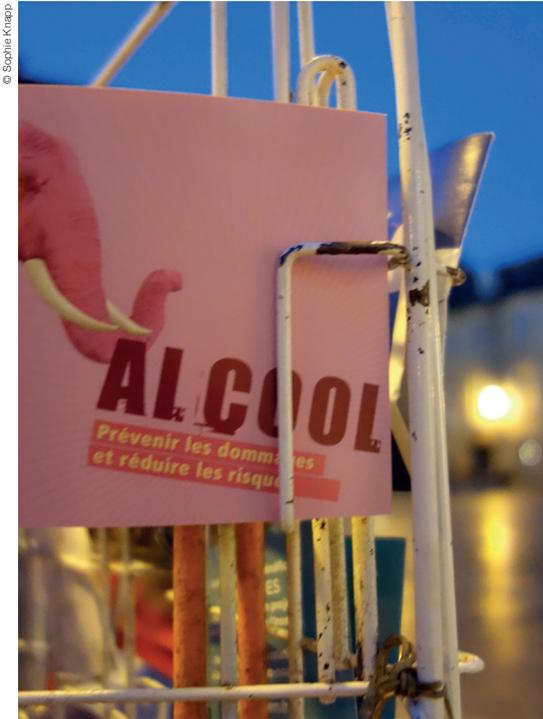
## En quoi l'échelle communale est-elle la bonne échelle ?

La confiance vis-à-vis du maire reste forte, il bénéficie encore d'une légitimité démocratique. Et nous avons à notre disposition des politiques publiques qui nous permettent d'agir sur les déterminants de la santé : l'éducation, les mobilités, les transports, mais aussi le logement et la cohésion sociale. Nous disposons de nombreux outils réglementaires et de documents cadres dans lesquels nous nous employons à intégrer la santé et qui sont autant de leviers pour agir.



© Sophie Knapp

LA VILLE DE RENNES A FAIT LE CHOIX D'AMÉNAGEMENTS FAVORABLES AUX MOBILITÉS ACTIVES ET À L'INTERMODALITÉ.



## Pouvez-vous être plus concrète ?

Intégrer la santé, cela signifie qu'aucune politique que nous menons à Rennes ne doit avoir d'effets négatifs sur la santé et qu'elle doit au contraire maximiser les effets positifs. Ce qui nécessite à chaque fois une vision large et également une approche très complexe.

Un exemple : les espaces verts sont extrêmement bénéfiques pour la santé, physique et mentale, et pour lutter contre les îlots de chaleur. Mais si nous plantons des bouleaux dans un quartier, nous savons aujourd'hui que pour les personnes qui souffrent d'allergies, c'est catastrophique. Nous regardons donc les impacts sur la santé dans les quartiers où la ville investit, notamment en rénova-

tion urbaine. Autre exemple : sur les logements, rénover l'extérieur engendre de nombreux effets secondaires positifs. Mais nous avons observé que le travail sur la ventilation mécanique contrôlée (VMC) avait souvent été négligé, avec pour conséquence des dégradations rapides de l'air intérieur. Il y a aussi la question des nuisances sonores. Si vous allez vivre une semaine dans certains HLM qui ont été rénovés, vous constaterez que c'est infernal. Certes les habitants n'entendent plus le bruit venant de l'extérieur mais tous les bruits de l'immeuble qui étaient jusque là masqués par ces bruits extérieurs sont désormais très présents. Avec des conséquences sur la santé mentale et physique et sur la cohésion, parce que cela engendre des conflits de voisinage. Le poète Yvon

PARTICIPANT À LA POLITIQUE PUBLIQUE DE « PRÉVENTION DE LA CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL » MENÉE PAR LA VILLE DE RENNES, NOZ'AMBULE EST UN DISPOSITIF DE PRÉVENTION ANIMÉ PAR DES ÉTUDIANTS ET DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ.



Lemen a fait une résidence au quartier rénové de Maurepas et il le raconte dans son livre « Les rumeurs de Babel »<sup>1</sup>. Donc oui, la rénovation a des effets positifs, elle est même essentielle, mais nous sommes là pour dire qu'on peut encore faire mieux.

### **La ville de Rennes fait partie du réseau villes-santé de l'OMS. Qu'est-ce que cela implique ?**

Concrètement, il s'agit d'avoir un réel engagement politique avec un élu référent sur les questions de santé, d'agir sur les déterminants de la santé et de réduire les inégalités sociales de santé. Cela passe aussi par un engagement technique

car nous travaillons en binôme élu et technicien. Nous organisons des réunions régionales qui permettent à des villes de se rencontrer et parfois de conduire un plaidoyer collectivement. Dans les Hauts-de-France par exemple, six villes ont rencontré ensemble le directeur général de l'Agence régionale de santé, ce qui leur a donné plus de poids et a créé de nouvelles relations plus constructives pour tous. Nous avons constitué des groupes thématiques sur l'accès aux soins primaires, la qualité de l'air ou encore les questions autour de l'alcool. Actuellement, un groupe est en train de se monter autour du thème « habitat et santé mentale ». Le but est à chaque fois de produire une plaquette de quatre pages, « Le point villes-santé sur... », qui se veut opérationnelle. Chaque plaquette est construite sur le même modèle : on y trouve les données scientifiques en version condensée, des exemples permettant de contacter des interlocuteurs et des références scientifiques pour ceux qui veulent aller plus loin. C'est un outil que nous pouvons transmettre à nos collègues à l'urbanisme ou à la biodiversité et qui permet de se comprendre sans avoir besoin de lire des thèses. Nous voulons construire des outils appropriables, qui soient des aides à la décision publique. C'est le but par exemple de HEAT, un outil proposé par l'OMS-Europe (voir encadré). Plus généralement, nous plaidons pour que la place des villes dans les décisions liées à la santé soit prise en compte, notamment auprès de la direction générale de la Santé ou du ministère de la Transition écologique et solidaire.

### **Ce message est-il facile à transmettre ?**

Pour rendre le thème de la santé plus attirant, nous travaillons avec France urbaine, l'Association des maires de France ou encore la Fédération nationale des agences d'urbanisme (FNAU). Mais il est clair que les élus à la santé ne sont pas les plus en vue et qu'ils n'ont pas les plus gros budgets. Malgré cela, toutes les actions que nous développons permettent à des élus de porter des politiques plus volontaristes.

<sup>1</sup> Y. Lemen, *Les rumeurs de Babel*, Ed. Dialogues, 2016.

## HEAT, une calculatrice au service de la santé

Les modes de déplacement ont un impact direct et indirect sur la santé. L'Organisation mondiale de la Santé pour l'Europe (OMS-Europe) a mis au point un outil d'évaluation économique des effets sanitaires des mobilités actives, notamment la marche ou le vélo. Appelé Health Economic Assessment Tools (HEAT), cette calculatrice disponible gratuitement en ligne présente plusieurs possibilités pour les collectivités françaises : évaluer la baisse de mortalité découlant du niveau

actuel de pratique du vélo ou de la marche, appuyer des arguments en faveur d'une nouvelle infrastructure ou d'autres actions, et contribuer à une étude d'impacts sur la santé (EIS).

L'outil HEAT est une aide à la décision en matière de déplacements actifs. Les résultats peuvent être partagés avec les élus de différentes délégations, les urbanistes ou les aménageurs, mais ils doivent être présentés avec prudence car il s'agit d'estimations.

 <http://www.villes-sante.com/thematiques/heat/>

### Comment cela se manifeste-t-il pour la ville de Rennes ?

Nous disposons de quatre grands outils de politique : un cadre de travail interne avec un contrat local de santé, un cadre partenarial signé avec quatorze partenaires dont l'Agence régionale de santé, des services de l'Etat, les hôpitaux publics, l'Ecole des hautes études en santé publique, les universités, la caisse primaire d'assurance maladie, un cadre scientifique avec un plan local de santé intersectoriel en lien avec les autres personnes de l'administration, et enfin un cadre démocratique qui nous paraît essentiel, avec un comité consultatif santé-environnement, un conseil rennais de santé mentale et des commissions santé dans chaque quartier. Car chaque quartier a des problématiques spécifiques, que ce soit des problèmes d'insalubrité ou des questions autour des mobilités.

Aujourd'hui, notre but est de mettre de la santé dans toutes les politiques. Même si nous en sommes encore loin, nous avons déjà réussi à inscrire la santé dans notre plan local d'urbanisme. C'est l'aboutissement d'un travail de fond porté politiquement et

techniquement, et qui a été étayé par tous les outils créés par le réseau villes-santé. Nous avons été présents dans toutes les discussions sur la protection de l'atmosphère et sur le plan de déplacement urbain. A chaque fois, nous avons répété ce message : « Certes, c'est la ville de Rennes mais il faut qu'on parle avec la métropole ». Et aujourd'hui, quand le président de la Métropole, Emmanuel Couet, parle du Plan Climat Air Énergie, il dit que c'est un enjeu de santé publique. Ce genre de discours est nouveau et c'est une petite révolution.

Je remarque que nous sommes de plus en plus sollicités. La question de la santé dans toutes les politiques, on l'observe sur le territoire de Rennes mais elle est en train de se diffuser partout.

### Comment impliquez-vous les habitants ?

Les habitants sont les experts d'usage. A Rennes, nous disposons d'un budget participatif annuel de 3,5 millions d'euros, soit 5 % de notre budget d'investissement. Cette année, pour la troisième saison du budget participatif, nous avons eu une forte mobilisation des habitants, avec 16000 votants. Sur une ville de 210000 habitants, c'est énorme en termes de

## LA PRÉSENCE DE NOMBREUX ESPACES VERTS DANS LA VILLE AMÉLIORE LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES CITADINS.



© Sophie Knapp



© Sophie Knapp

IL A FALLU DEUX ANS DE PRÉPARATION POUR QUE L'ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SANTÉ PUBLIQUE (EHESP) À RENNES DEVIENNE LE PREMIER CAMPUS DE FRANCE SANS TABAC.

participation. Un des points soulevés par les habitants concerne la mobilité : ils demandent qu'on arrête de dessiner les pistes cyclables au sol et ils réclament des infrastructures cyclables séparées de la route où ils peuvent rouler en sécurité avec leurs enfants. Cette demande a été accueillie avec étonnement du côté de certains aménageurs qui pensaient que les marquages au sol étaient suffisants.

### Arrivez-vous à toucher tous les habitants ?

C'est une des questions qui nous préoccupe : comment faire pour que les gens s'emparent des questions autour de la santé et du bien-être, et notamment les populations les plus défavorisées ? Nous nous sommes dit qu'il fallait être innovant. Cela permet d'obtenir des budgets pour l'innovation, ce qui n'est pas négligeable, mais surtout, cela offre la possibilité de proposer des projets dans la perspective d'un usage collectif. Et c'est là que la puissance publique a un rôle. Par exemple, il existe de nombreuses applications sur smartphone mais les études montrent que les gens les utilisent en fait assez peu. Et quand ils

le font, cet usage reste individuel. D'autre part, de nombreux habitants doutent aujourd'hui des données officielles, par exemple sur les mesures de pollution. Nous entendons en réunion publique que les points de mesures sont là où il y a beaucoup de pollution « pour exagérer » ou au contraire là où il n'y en a pas « pour minimiser ». Pire encore, quand nous sortons les chiffres de l'Inserm affirmant que la pollution de l'air à Rennes, c'est chaque année 70 morts, Ouest-France reprend l'information avec des guillemets et remet en question les chiffres des études scientifiques. Nous avons donc voulu faire de la santé communautaire à travers des outils numériques et nous avons équipé les habitants rennais de quartiers en politique de la ville avec des capteurs de pollution de l'air afin qu'ils comprennent par eux-mêmes et soient force de proposition pour trouver les solutions. Ces Ambassad'Air<sup>2</sup> peuvent ainsi nourrir le débat, fournir de nouvelles données sur wiki-rennes.fr et mobiliser les autres habitants sur la qualité de l'air à Rennes. Le projet lutte aussi contre la fracture numérique. La participation des habitants est indispensable pour nous inviter à réfléchir autrement à nos infrastructures, et créer notre ville par, pour et avec les premiers concernés. ★

<sup>2</sup> Ambassad'Air est une opération portée par la Ville de Rennes et la Maison de la consommation et de l'environnement, en lien avec les autres acteurs associatifs et citoyens.

SESSION

6

# Politique de l'alimentation : pour de nouvelles alliances territoriales

Intervenants

SESSION ACCUEILLIE AU MINISTÈRE  
DE LA TRANSITION ÉCOLOGIQUE  
ET SOLIDAIRE

**BERTRAND HERVIEU** (coordinateur) est sociologue, président de l'Académie d'agriculture.

**JEAN-LOUIS RASTOIN** est professeur émérite à Montpellier SupAgro, fondateur et conseiller scientifique de la chaire UNESCO en «Alimentations du monde».

**LOÏC GOUËLLO** est président de la section Mission d'inspection générale et d'audit du Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux (CGAAER) dont **VINCENT STEINMETZ** est membre.

**GUILLAUME GAROT** est député de la Mayenne. Ancien ministre délégué à l'Agroalimentaire, il préside le Conseil national de l'alimentation.

**SOPHIE DUBUISSON-QUELLIER** est sociologue, directrice de recherche au CNRS, directrice adjointe du Centre de sociologie des organisations.

**PASCALE HÉBEL** est directrice du pôle «consommation et entreprises» au CRÉDOC.

**PIERRE LAFRAGETTE** est agriculteur dans le Lot en groupement agricole d'exploitation en commun. Il est président de la Coopérative «Fermes de Figeac».

**HENRI ROUILLÉ D'ORFEUIL** pilote le programme «Alimentation responsable et durable» de l'association RESOLIS.

**CHRISTINE AUBRY** est ingénieure de recherche hors classe à l'unité mixte de recherches INRA AgroParisTech SADAPT.

**THÉO CHAMPAGNAT** est co-fondateur de la start-up Cycloponics d'agriculture urbaine.

## 8 sessions

## session 6 SESSION 6 session 6

## 8 sessions 8 SESSIONS 8 sessions

L'URBANISATION ET L'ALLONGEMENT DES CHÂÎNES ALIMENTAIRES ONT DISTENDU LE LIEN ENTRE PRODUCTION ET CONSOMMATION ALIMENTAIRE. MAIS LA MONTÉE EN PUISSANCE DES PRÉOCCUPATIONS SANITAIRES ET ENVIRONNEMENTALES CHANGE LA DONNE.

De la question des subsistances de l'Ancien Régime à la préoccupation « nutrition-santé » contemporaine, **Bertrand Hervieu** aborde les évolutions des politiques de l'alimentation. La politique agricole commune (PAC) s'est construite avec l'ambition d'assurer la sécurité alimentaire de l'Europe grâce à une spécialisation des exploitations et un développement des industries agro-alimentaires. Mais face aux crises sanitaires et environnementales surgissent de nouvelles exigences en matière de nutrition et de développement local. Pour **Jean-Louis Rastoin**, la transition alimentaire à l'œuvre marque le passage d'un modèle agro-industriel générateur d'externalités négatives à des systèmes alimentaires durables. Mais cette transition suppose plusieurs ruptures - spatiale, technologique et économique - et implique une révision en profondeur des modes de gouvernance des systèmes alimentaires à différentes échelles géographiques.

Pour répondre à ces évolutions, les Etats généraux de l'alimentation (EGA) de 2017 ont mis en avant des modèles de production et de nutrition dans le respect sanitaire, économique et écologique. **Loïc Gouëlle** et **Vincent Steinmetz** reviennent sur la feuille de route 2018-2022 marquée par la volonté de redonner de la valeur au monde agricole tout en promouvant une alimentation saine et durable. De son côté, **Guillaume Garot** rappelle le rôle du conseil national de l'alimentation (CNA) dans la concertation autour des politiques publiques de l'alimentation et ses enjeux : garantir plus de qualité dans l'assiette du consommateur et assurer davantage de revenus aux producteurs, en soulignant le rôle crucial de l'éducation à l'alimentation.

De nombreux mouvements militants ont vu le jour depuis le début des années 2000, contribuant à la création de systèmes alimentaires alternatifs. **Sophie**

**Dubuisson-Quellier** analyse les nouvelles pratiques et militances qui remettent en cause certains principes des systèmes alimentaires contemporains, comme le partage de la rente au sein des filières, la dépendance des acteurs de l'amont, la globalisation des goûts ou encore les externalités négatives sur l'environnement. Du côté des individus, **Pascale Hébel** montre la rapidité des changements de représentation et de pratique au fil des générations. Elle pointe la montée des peurs alimentaires, un phénomène qui favorise le « locavotisme » et les circuits courts.

Proposer une alimentation de qualité sur le territoire à travers des magasins de proximité, telle est depuis 1995 la vocation de la coopérative « Fermes de Figeac » dont **Pierre Lafragette** est le président. Un mouvement qui s'est poursuivi avec la mise en place d'une gouvernance alimentaire locale en lien avec tous les acteurs du territoire : consommateurs, distributeurs, restaurateurs, métiers de bouche, producteurs... Aujourd'hui, l'activité de la coopérative représente plus de cinq millions d'euros de chiffre d'affaires et une trentaine d'emplois. Elle montre que la relance du développement des territoires passe aussi par la transition agricole et alimentaire. Une relance que la méthode RESOLIS présentée par **Henri Rouillé d'Orfeuil** permet de mesurer à travers l'analyse des interactions entre des initiatives de transition portées par des acteurs des chaînes agricoles et alimentaires, et des mesures de politiques publiques dédiées à la transition. Deux visites proposées aux auditeurs permettent de porter un regard concret sur deux expériences d'agriculture urbaine à Paris, avec le potager expérimental sur le toit d'**AgroParisTech** et « **La caverne du 18<sup>e</sup>** », une ferme urbaine installée dans un sous-sol parisien. ★

SOPHIE KNAPP

## Un potager au 7<sup>e</sup> étage

L'AGRICULTURE URBAINE REND DES SERVICES ÉCOSYSTÉMIQUES À LA VILLE, EN VALORISANT SA PREMIÈRE RESSOURCE, SES DÉCHETS. MAIS ELLE RÉPOND AUSSI À LA QUESTION DE L'APPROVISIONNEMENT ALIMENTAIRE EN ZONE URBAINE ET AUX PROBLÈMES DE RÉTENTION DE L'EAU. ET EN ARRIÈRE-PLAN, ALORS QUE L'URBANISATION S'INTENSIFIE, L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ SOULIGNE LES BÉNÉFICES DE CES ZONES VÉGÉTALISÉES POUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DE SES HABITANTS. VISITE SUR LE TOIT D'AGRO-PARISTECH, VÉRITABLE LABORATOIRE DE L'AGRICULTURE EN VILLE.

Les marches sont raides dans le vieux bâtiment d'AgroParisTech situé dans le V<sup>e</sup> arrondissement de Paris, à quelques rues du Panthéon. Mais arrivé tout en haut, sur le toit du prestigieux Institut des sciences et industries du vivant et de l'environnement, un petit coin de paradis s'offre au regard du visiteur qui vient de quitter les rues bruyantes et grises de la capitale. Tomates, salades, blettes et choux raves s'épanouissent sous un large filet qui les protège des pigeons trop gourmands tout en laissant passer les insectes pollinisateurs.

Lancé en 2012, le toit potager productif a accueilli près de 900 visiteurs l'an dernier. Des scientifiques, mais aussi des architectes, des agriculteurs, des urbanistes, des élus locaux, des étudiants et le grand public qui a soif de verdure et de produits locaux.



© Sophie Knapp



Le projet est né de la rencontre de deux ingénieurs, Nicolas Bel et Nicolas Marchal, avec Christine Aubry et Jeanne Pourias, chercheuses en agriculture urbaine à l'INRA. Leur objectif : étudier la faisabilité de la culture en toiture sur des déchets organiques issus du milieu urbain.

Christine Aubry, docteure en agronomie et ingénieure de recherche à l'unité mixte de recherches INRA AgroParisTech SADAPT, sert de guide au visiteur : « Nous avons utilisé plusieurs types de déchets organiques : le compost de déchets verts, le marc de café avec du mycélium de pleurotes<sup>1</sup>. Dans certains bacs, nous avons ajouté des vers de terre à ce substrat. Nous les avons agencés en couche - en lasagne - et chaque année, nous



<sup>1</sup> Résidu de l'activité de production de pleurotes de la ferme urbaine U-Farm.



© Sophie Knapp



© Sophie Knapp

CHRISTINE AUBRY, INFATIGABLE AMBASSADRICE  
DE L'AGRICULTURE URBAINE

rajoutons une couche de matières organiques». Le résultat, une production qui est loin d'être anecdotique. Depuis le début de l'expérimentation, la production a doublé. Aujourd'hui, elle est de 10 à 12 kilos par mètre carré. Pour rappel, en Île-de-France, selon les cultures, une production moyenne en agriculture classique à l'air libre de 7 à 10 kilos par mètre carré est considérée comme très bonne.

### Des espaces végétalisés qui font du bien

«T4P», le substrat mis au point par AgroParisTech, est désormais utilisé dans plusieurs fermes urbaines, dont la ferme urbaine d'Aubervilliers ou les toits de la porte de la Chapelle. «T4P» pour «Toit parisien productif projet pilote», un substrat qui permet aux

citadins d'avoir des produits d'une grande fraîcheur. C'est l'un des multiples avantages d'une agriculture urbaine qui se développe à l'échelle mondiale, permettant une plus grande consommation de produits locaux. Alors que l'artificialisation des sols a augmenté de 3% entre 2000 et 2006 en France<sup>2</sup>, le plus souvent au détriment des espaces agricoles, l'urbanisation est souvent associée à un style alimentaire caractérisé par un accroissement de la consommation de produits importés et de produits industriels transformés. Une alimentation trop riche énergétiquement et trop pauvre sur le plan nutritionnel, avec des répercussions non négligeables pour la santé publique. Dans un contexte de méfiance



<sup>2</sup> L'artificialisation des sols s'opère aux dépens des terres agricoles, «Le point sur» n°75, Commissariat général au développement durable, février 2011.



© Sophie Knapp



© Sophie Knapp

vis-à-vis des produits transformés, le développement de l'agriculture urbaine permet de répondre pour partie à ces différents enjeux<sup>3</sup>.

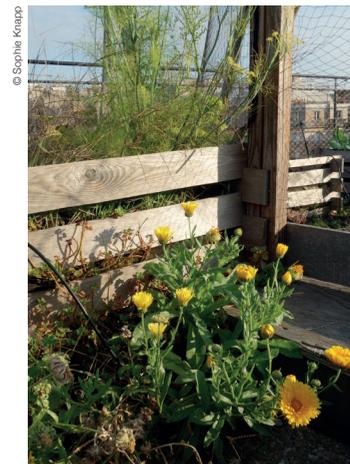
Sur une autre parcelle du toit d'AgroParisTech, les chercheurs étudient la biodiversité. Ici, plus de filet et un constat : avec seulement 20 cm de compost, un arrosage une à deux fois par mois en été et quelques plantes aromatiques plantées initialement, il s'est installé en à peine six ans une réelle biodiversité. C'est désormais une petite jungle qui ondule au vent. Une jungle qui fait du bien. Dans les villes qui font déjà une large place à l'agriculture urbaine, l'OMS a pointé le rôle de

celle-ci dans la lutte contre l'exclusion, la réinsertion des personnes en difficulté dans la vie active et un développement du lien entre les générations<sup>4</sup>. Un enjeu que la ville de Montrouge, dans les Hauts-de-Seine, a bien compris. Son maire, Etienne

Lengereau, a sollicité l'expertise d'AgroParisTech pour recenser les espaces compatibles avec les contraintes de l'agriculture urbaine. Le projet, comme l'indique le site de la ville, est « de reconnecter les habitants aux ressources naturelles et de retrouver une alimentation plus saine, tout en favorisant les circuits courts à l'empreinte carbone limitée ».

## Des risques sanitaires à évaluer

La pollution est un autre enjeu majeur de santé publique. Là encore, le toit d'AgroParisTech a permis d'expérimenter l'impact de la pollution sur la production issue d'un potager en hauteur. « La pollution provenant de l'air de la ville est surtout constituée de particules, notamment de métaux lourds. Et ces particules montent difficilement jusqu'aux toits, explique Christine Aubry. Nos légumes ne sont pas bio mais ils sont sains. » L'ingénieure précise néanmoins que des tests ont été réalisés sur un autre toit, distant cette fois-ci d'une centaine de mètres du périphérique de Paris et en étage bas, avec pour résultat un dépassement des métaux lourds dans les légumes et un avis défavorable à toute agriculture productive alimentaire. « Nous travaillons aussi avec des villes qui ont des jardins urbains au niveau du sol. Dans ce cas, il se pose souvent des problèmes de pollution liés à des sols contaminés dans le passé par des activités industrielles. » La pollution au plomb des sols urbains est particulièrement notable, notamment dans le département de Seine-Saint-Denis, entre Montreuil et Aubervilliers, un périmètre longtemps dédié aux zones d'épandages successifs des boues de Paris. Les systèmes d'agriculture en bac, que ce soit sur les toits ou au sol, peuvent permettre de résoudre certains problèmes liés à



ELLE OCCUPE UNE PLACE IMPORTANTE DANS LE DÉBAT  
ACTUEL SUR LA RÉAPPROPRIATION DE L'ALIMENTATION  
ET DES CONDITIONS DE SA PRODUCTION.

la contamination des sols urbains. « Nous avons monté un programme de recherche qui s'appelle « Refuge » - Risques en fermes urbaines, gestion et évaluation - qui consiste à proposer une méthodologie aux collectivités pour quantifier les risques sanitaires et les gérer. Nous allons proposer des formations aux collectivités parce que beaucoup d'entre elles sont démunies face à ces problématiques. »

## Les toits, un fort potentiel

Au bout du toit, une troisième zone laisse apparaître des plantes souvent méconnues des Français. Des gombos du Sénégal et des brèdes mafane de Madagascar poussent dans cette zone en phase d'expérimentation dédiée aux nouvelles cultures urbaines et aux cultures exotiques. Plus loin, des arbres nains, cerisiers, pommiers, pruniers, occupent une partie plus exploratoire. Autour des visiteurs, quelques abeilles bourdonnent. Des ruches ont été installées par la société centrale d'apiculture. On se croirait à la campagne. Une campagne qui va s'étendre, sous l'impulsion de la maire de Paris. En 2013, une étude de l'Atelier parisien d'urbanisme (Apur) a estimé le potentiel de végétalisation des toitures de la capitale. En se basant sur des images satellites de la ville, elle a mis en évidence

un patrimoine de 460 hectares de toitures plates non végétalisées, dont 80 hectares de toitures plates à fort potentiel de végétalisation. 80 hectares de toits potentiellement cultivables. Et c'est notamment après avoir visité le toit d'AgroParisTech qu'Anne Hidalgo a lancé en 2016 « Parisculteurs », avec pour ambition de développer la végétalisation et l'agriculture urbaines. Si la plupart des toits ne sont pas équipés pour accueillir cette nouvelle forme d'agriculture, le potentiel est énorme au regard du parc HLM et des immeubles de bureaux. A l'avenir, une collaboration apparaît nécessaire entre les architectes et les agronomes pour concevoir davantage de toits capables d'accueillir des potagers ou pour imaginer une agriculture plus légère, avec par exemple les techniques de l'hydroponie – cette technique permettant une culture hors sol où la terre est remplacée par un substrat qu'il faut nourrir et arroser.

En 2021, l'école déménagera au plateau de Saclay, dans l'Essonne, emmenant dans ses cartons son toit expérimental et de nouveaux projets : « Nous avons déjà prévu une serre et le lancement de nouvelles expérimentations autour des déchets humains, et notamment l'urine. » ★



# Villes «bonnes à vivre», villes inclusives ?

## Intervenants

SESSION ACCUEILLIE À LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES DU RHÔNE ET À LA MAISON DE LA CONFLUENCE À LYON, ET L'EN3S À SAINT-ETIENNE

**JULIEN DAMON** (coordinateur) est professeur associé à Sciences Po, conseiller scientifique de l'École nationale supérieure de la Sécurité sociale (EN3S)

**JÉRÔME MINONZIO** est maître de conférences associé à l'Institut de formation et des recherches sur les organisations sanitaires et sociales (Ifross) de l'université Lyon 3 et rédacteur en chef de la revue Informations sociales de la CNAF.

**EMMANUELLE LAFOUX** est directrice générale de la CPAM du Rhône.

**SANDRINE ROULET** est directrice de l'action sociale de la CAF du Rhône.

**PIERRE RAMON-BALDIÉ** est directeur-adjoint de l'URSSAF Rhône-Alpes.

**PASCAL BRENOT** est directeur du développement territorial de la Ville de Lyon. Auditeur l'hédate 2016.

**CHRISTOPHE MÉRIGOT** est directeur adjoint du GPV Lyon-la Duchère.

**BENOÎT BARDET** est directeur adjoint de la SPL Lyon Confluence.

**GILLES NEZOSI** est directeur de la formation professionnelle au sein de l'EN3S.

**NADINE DUPONT** est sous-directrice à la CPAM de la Loire, en charge de la direction Accès aux droits et aux soins.

**VÉRONIQUE HENRI-BOUGREAU** dirige la CAF de la Loire.

**FRANÇOISE RICHARD** est responsable logement à la CAF de la Loire.

**FREDÉRIC BOSSARD** dirige l'Agence d'urbanisme de la région stéphanoise (Epures).

**LAURANE PONSONNET** est co-responsable du pôle territoires et projet au sein de l'agence d'urbanisme Epures.

**RÉMI DORMOIS** est directeur général adjoint des services « Développement urbain » à Saint-Etienne Métropole et à la Ville de Saint-Etienne.

LE TRAMWAY DE SAINT-ETIENNE

## 8 sessions

## session 7 SESSION 7 session 7

## 8 sessions 8 SESSION 8

## COMMENT LES POLITIQUES NATIONALES ET LOCALES PRENNENT-ELLES EN CHARGE LES PLUS FRAGILES ? FOCUS SUR LES TERRITOIRES DE LYON ET SAINT-ETIENNE.

Les transferts sociaux sont au centre des redistributions territoriales. **Julien Damon** rappelle les principales évolutions de la protection sociale et l'importance des masses financières en jeu. Si la protection française est nationale, elle s'adapte aux spécificités des territoires, notamment par le biais des caisses locales de Sécurité sociale.

Sur le territoire de Lyon, **Jérôme Minonzio** décrit le « modèle lyonnais » des politiques sanitaires et sociales issu d'une histoire qui remonte au développement de l'industrie de la soie. Il rappelle comment la question sociale a été au cœur de la constitution du pouvoir municipal. La fusion des compétences du département du Rhône et de celles de la communauté d'agglomération fait désormais de l'échelon métropolitain le nouveau cadre pertinent de l'action sanitaire et sociale. Il s'y expérimente une gouvernance singulière autour des principaux organismes de Sécurité sociale, la **CAF** et la **CPAM du Rhône**, en liaison avec les autres acteurs des politiques sociales et sanitaires telle que l'**URSSAF** Rhône-Alpes.

L'agglomération lyonnaise se caractérise par la grande diversité de ses territoires et des écarts de développement importants. **Pascal Brenot** montre que l'histoire nationale de la politique de la ville se combine dans l'agglomération lyonnaise avec le développement de l'intercommunalité. **Christophe Mérigot** détaille le projet de territoire du quartier prioritaire de la ville de la Duchère.

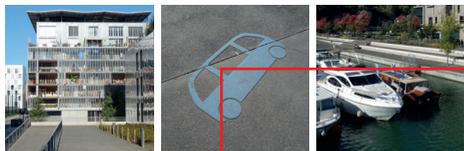
Sur le terrain, l'aménagement du quartier de **La Confluence**, présenté par **Benoît Bardet**, illustre les enjeux d'un urbanisme favorable à la santé. La Société publique locale Lyon Confluence, en charge de l'aménagement urbain de 150 hectares au sud de la presqu'île de Lyon, y a fait de la qualité de vie une priorité, encourageant les mobilités douces et limitant les impacts environnementaux.

Changement de décor à Saint-Etienne où **Gilles Nezos** accueille les auditeurs à l'École nationale supérieure de Sécurité sociale, EN3S, qui forme les dirigeants en poste dans les différents secteurs de la protection sociale, au cœur de la machine française de redistribution. Alors que la pauvreté et l'insalubrité sont des problèmes prégnants à Saint-Etienne, **Julien Damon** pointe le rajeunissement de la pauvreté en France et sa concentration urbaine, l'augmentation des travailleurs pauvres et des familles monoparentales touchées par la pauvreté, et la dépendance accrue aux prestations pour ces populations. Si l'intensité et la visibilité de la pauvreté et du mal-logement singularisent le territoire de la Loire, les organismes de Sécurité sociale y gèrent des politiques nationales en les adaptant au contexte et aux réalités locales, en lien avec leurs partenaires locaux. La **CPAM** de la Loire a mis en place une plateforme<sup>1</sup> afin de lutter contre le renoncement aux soins. De son côté, la **CAF** agit sur la pauvreté et le mal-logement en s'appuyant sur des acteurs du territoire telle que Soliha Loire qui construit du logement social et accompagne des publics en grande précarité.

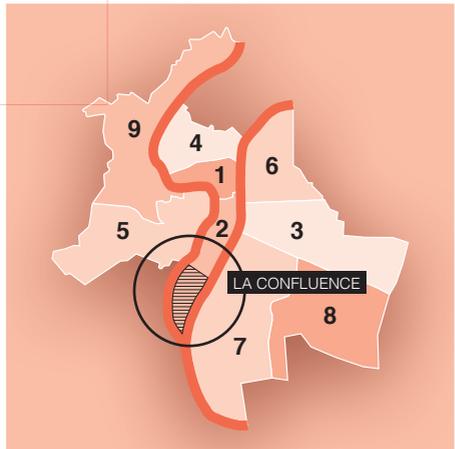
**Frédéric Bossard** et **Laurane Ponsonnet**, de l'Agence d'urbanisme de la région stéphanoise (Epures), travaillent avec l'Agence régionale de santé sur les problématiques « Santé et territoire ». En 2017, Epures a expérimenté des démarches d'urbanisme favorable à la santé dans deux quartiers du département de la Loire, à Saint-Etienne et à Rive de Gier. Ils soulignent le rôle important du tramway, vecteur de mobilité et de santé. Sur le terrain, **Rémi Dormois** et l'agence Epures font découvrir aux auditeurs le centre-ville de Saint-Etienne, lieu emblématique de la régénération de la ville. ★

<sup>1</sup> **Pfidass** : plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé

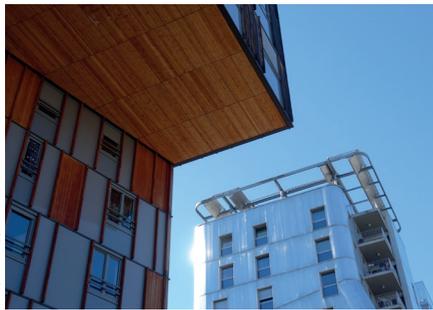
© Sophie Krapp



# UN TERRITOIRE



LE CHANTIER DE LA CONFLUENCE S'ÉTEND SUR 150 HECTARES ENTRE LE RHÔNE ET LA SAÔNE, DANS LE PROLONGEMENT DU CENTRE DE LYON, AU SUD DE LA PRESQU'ÎLE.



DÈS LE LANCEMENT DU PROJET, EN 2003, LA CONFLUENCE A FAIT DE L'INNOVATION TECHNOLOGIQUE ET ENVIRONNEMENTALE UNE PRIORITÉ.

# La Confluence, une douceur de vivre en ville

**Située en plein cœur de la ville, Lyon Confluence a longtemps été la base arrière de l'ancienne capitale des Gaules. Avec la fin des industries, l'aménagement du quartier de La Confluence signe l'extension du centre-ville de Lyon. Grâce au développement du transport hors voiture et à une large place accordée à la nature, il met l'accent sur le bien-être de ses habitants et l'attrait de la métropole.**

Vaste territoire de 150 hectares au sud de la presqu'île lyonnaise, La Confluence a longtemps vécu au rythme des activités industrielles et portuaires. Leurs mutations structurelles et géographiques ont libéré un espace stratégique à reconquérir. Quinze ans après le lancement de cet ambitieux projet urbain, La Confluence a pris son envol. L'enjeu est de concilier exigences environnementales et anticipation des besoins futurs des usagers. Loin d'une approche purement technique et réglementaire, la Société publique locale (SPL) Lyon Confluence a fait de la qualité de vie une priorité de ses actions. Cette mobilisation vise, depuis le lancement du projet urbain en 2003, la création d'une ville sobre, innovante et créative, encourageant les mobilités douces et limitant les impacts environnementaux. Une ville accessible à tous qui sache tisser des liens forts entre l'existant et les nouvelles réalisations.

Aujourd'hui, la « phase 1 », côté Saône, est terminée. Côté Rhône, émergera bientôt le quartier du Marché et le Champ. A terme, il doublera la superficie de l'hyper-centre de l'agglomération.

## A l'écoute des habitants

Lieux de rencontre et de détente appréciés des piétons, les espaces publics du quartier proposent une autre manière de vivre la ville. Lyon Confluence accorde une importance particulière à leur conception et pousse l'exercice jusqu'à interroger les usages de ces espaces plusieurs années après leur livraison, afin de nourrir les futures réalisations de ce retour d'expérience. L'aménageur a missionné un sociologue qui interroge les habitants sur leur logement et les usagers des espaces publics.





© Sophie Knapp

LA TOUR BELVY A ÉTÉ ÉRIGÉE EN 2017 DANS LE QUARTIER DU MARCHÉ. LA CONCEPTION DE CET IMMEUBLE DE SEIZE ÉTAGES A ÉTÉ CONFIEE À L'AGENCE HERZOG ET DE MEURON, LES URBANISTES DE L'ENSEMBLE DE LA PHASE II DE LYON CONFLUENCE.

Des réunions de concertations sont organisées et des questionnaires sont menés après la livraison des équipements et des espaces publics pour apporter d'éventuelles modifications et comprendre les besoins des habitants. Ainsi, sur le quai Rambaud, des ajustements ont été faits pour sécuriser la promenade piétonne et le trottoir a été élargi.

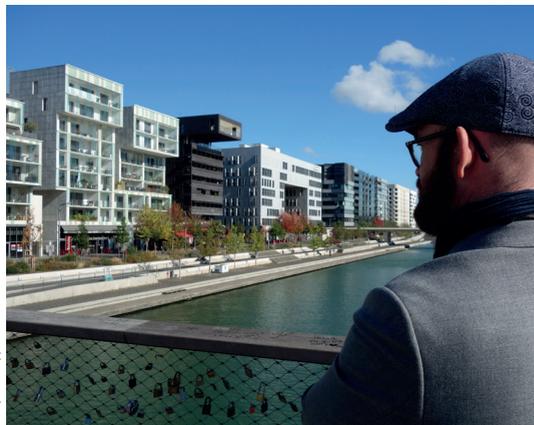
Pour favoriser le dialogue, La Confluence dispose d'un lieu d'accueil du public : la Maison de la Confluence. Chaque année, plus de 8000 personnes y sont reçues autour de maquettes, d'expositions et de nombreux supports d'information.

## Une ville «marchable» irriguée par la nature

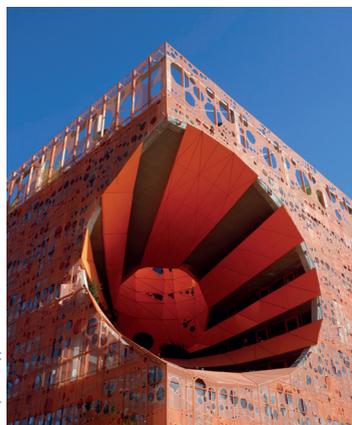
« Nous avons organisé ce territoire pour que les déplacements soient facilités autrement que par la voiture individuelle. Les vélos, les tramways, la navette fluviale et la marche à pied y occupent une place centrale », explique Benoît Bardet, directeur adjoint de la société publique locale Lyon Confluence. Autant d'équipements qui incitent à l'activité physique. Les aménagements ont été pensés pour assurer aux piétons des déplacements agréables et sécurisés et faire de La Confluence une ville « marchable » qu'il est facile de sillonner à pied. 400 mètres seulement séparent chaque bâtiment d'une desserte de transport en commun. La place de la voiture y est maîtrisée et le maillage du quartier par des espaces publics de qualité favorise la marche. La Confluence peut être parcourue de manière piétonne du nord au sud et d'ouest en est, dans un cadre accordant une place importante au végétal. « La nature est une source de bien-être en ville. Nous avons imaginé un plan de la ville associant l'urbanité, la densité, et la nature. Nous avons fortement dépollué le site et la biodiversité s'est peu à peu réinstallée là où elle avait complètement disparu », décrit Benoît Bardet. Des espaces verts, des arbres, des fleurs et des plantes diverses assurent un rafraîchissement en période estivale, contribuent à la qualité de l'air et permettent de lutter contre les îlots de chaleur, ces phénomènes d'élévation de température localisée dans des endroits précis de la ville et qui sont souvent



© Sophie Knapp



© Sophie Kraupp



© Sophie Kraupp

le produit d'un espace trop minéral et d'une exposition directe au soleil. Ainsi, l'utilisation du bois dans la construction a été favorisée et dans le futur projet, côté Rhône, l'usage de la terre crue va être encouragé. Afin de limiter le poids des matériaux de construction dans l'impact environnemental d'un bâtiment, seul le bois certifié FSC (label Forest Stewardship Council), garant d'une gestion responsable de la forêt est autorisé sur les chantiers.

A ces aménagements s'ajoute une place importante donnée à l'eau, avec la proximité de la Saône, du Rhône, la place nautique et un jardin aquatique. L'aménagement des rives de la Saône a permis de créer une promenade de 1,5 kilomètre reliant la Presqu'île à la pointe de La Confluence.

C'est aussi au sein d'un des îlots du quartier de Confluence que Bouygues Immobilier et Linkcity développent un projet immobilier qui répond au vieillissement de la population et à l'augmentation des maladies chroniques. « Nous avons pensé les logements de cet îlot comme un lieu de prise en charge des malades. Au centre, nous y avons placé une maison de santé », souligne Laurent Michelin, directeur prospective et innovation chez Linkcity Région. Grâce au système d'actimétrie installé dans les logements seniors, sur la base du volontariat et sur abonnement, l'activité des habitants sera mesurée et les données transmises à un réseau d'acteurs de proximité qui interviendront en cas de besoin.

## Une énergie positive

Afin d'offrir du confort aux habitants et de limiter la consommation d'énergie, Lyon Confluence a souhaité qu'aucun logement, même en plein hiver, ne soit éclairé moins de deux heures au minimum par le soleil. Depuis ses premiers bâtiments exemplaires (îlots A, B, C) au bord de la place nautique, récompensés par le programme

européen Concerto, à la naissance de son premier îlot à énergie positive en 2015, « Hikari », l'aménageur n'a pas relâché son attention en termes de performance énergétique. Hikari, dont les trois bâtiments ont été livrés en 2015, est ainsi le premier îlot urbain à énergie positive français. Il intègre des panneaux photovoltaïques en toiture et en façade, une chaufferie fonctionnant au colza, un système de mutualisation de l'énergie, de stockage et des outils de suivi de consommation énergétique.

Autant d'innovations qui ont permis à l'opération La Confluence d'être le premier quartier labellisé WWF en France en 2010. ★

## La Confluence en quelques chiffres :

- 5 000 logements nouveaux (phase 1 + phase 2) : 26 % de logements locatifs sociaux, 19 % de logements intermédiaires et 55 % en accession libre.
- 16 000 habitants à l'horizon 2025.
- 25 000 salariés à l'horizon 2025.
- 11 équipements scolaires.
- 16 lignes de bus, 4 stations de tramway, une station de métro, une navette fluviale, 9 stations Vélo'v, 31 véhicules électriques en partage, une navette électrique sans chauffeur (Navly).
- 35 hectares d'espaces verts dans le projet global.
- 3 500 arbres d'essences locales plantés.



# Territoires et protection sociale



© Sophie Krapp



**Julien Damon**

est professeur associé à Sciences Po,  
conseiller scientifique  
de l'École nationale supérieure  
de la Sécurité sociale (EN3S).

Une visite à Lyon et à Saint-Étienne, terres à la fois d'innovation en matière de protection sociale et de confrontation aux évolutions des risques sociaux, permet une plongée dans les mécanismes français de prévoyance, d'assurance, d'assistance et de bienfaisance. Un tel examen sur site permet de mesurer la volumétrie de ce qu'est le modèle français de protection sociale, dans ses caractéristiques éminemment nationales mais aussi dans ses composantes locales.

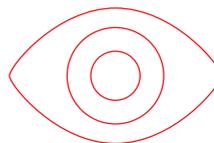
La protection sociale, dans son ensemble, ce sont 760 milliards d'euros de dépenses. Celles-ci relèvent d'abord du vaisseau amiral de la protection sociale, c'est-à-dire de la Sécurité sociale. Mais les mouvements de transformation sont puissants. D'abord ce ne sont plus uniquement des cotisations qui financent, mais de plus en plus de la fiscalité. Ce ne sont donc plus principalement les partenaires sociaux qui sont à la manœuvre mais les pouvoirs publics. Ensuite, les différentes vagues de décentralisation ont confié davantage de responsabilité – dans un flou compliqué – aux collectivités territoriales, aux départements en premier lieu.

Ici la ville de Lyon est singulière. Le « modèle lyonnais » de politiques sanitaires et sociales réaffirme l'héri-

tage d'une tradition humaniste, à la croisée du christianisme social et du solidarisme laïc. Il se concrétise notamment par l'engagement d'un réseau associatif riche. La création récente des métropoles a été l'occasion de repenser le pilotage local des politiques sociales et médico-sociales. A Lyon, la fusion des compétences du conseil général du Rhône et de la communauté d'agglomération depuis 2016 avait notamment pour but de simplifier l'accès aux services sociaux.

L'actualité et les perspectives des politiques sociales et sanitaires menées dans la métropole de Lyon sont de toute importance car, au-delà de leurs traits particuliers, s'y expérimente une gouvernance singulière. C'est ce que vivent les principaux organismes de Sécurité sociale (CAF et CPAM mais aussi, du côté recouvrement, URSSAF). En liaison avec les autres acteurs des politiques sociales et sanitaires, ces caisses gèrent des prestations nationales en les adaptant aux contextes locaux. Ces masses financières considérables (plus de 40 milliards d'euros collectés par l'URSSAF Rhône-Alpes) incarnent ce qui a été appelé « la circulation invisible des richesses » via les prélèvements et les prestations versées. Cette architecture redistributive a un fort impact sur l'aménagement du





territoire, notamment à travers les retraites et la mobilité des retraités.

En matière de lutte contre la pauvreté, un sujet qui affecte 14% de la population en France – un peu moins à Lyon, un peu plus à Saint-Etienne –, le modèle français passe par un système qui est d'abord aveugle aux territoires. Les prestations de lutte contre la pauvreté (RSA, minimum vieillesse, mais également couverture maladie universelle complémentaire) sont à barème national. Seules les prestations logement ont un barème qui repose sur trois zones différentes. Cependant les spécificités locales appellent de l'adaptation. Celle-ci passe par deux voies. D'abord l'action sociale des caisses et des collectivités territoriales. Les montants de ces actions et prestations sont très significativement inférieurs aux montants des dépenses passant par le vecteur national des prestations dites « légales » (pour ne pas dire nationales). Les prestations dites « extra-légales » (pour dire, globalement, locales) n'en représentent qu'une faible fraction. Elles sont cependant à la main des décideurs locaux. L'autre voie de l'adaptation de la protection sociale et, plus largement, de l'action publique, est la politique de la ville. Des Minguettes à Vaulx-en-Verlin, mais aussi à la Villeneuve à Grenoble, la région a connu, historiquement, des violences urbaines très médiatisées et a fait office de laboratoire

pour une politique de la ville cherchant, par exemple à la Duchère, à refondre à la fois la forme urbaine et la forme des politiques publiques.

La politique de la ville correspond à une évolution majeure de la pauvreté : elle s'est concentrée dans certains quartiers. Mais d'autres évolutions sont à souligner : rajeunissement de la population pauvre (car le système de retraite réduit considérablement la pauvreté âgée), « monoparentalisation » de la pauvreté (il y a désormais plus de pauvres vivant dans des familles monoparentales que dans des familles nombreuses), extension de la pauvreté laborieuse (les travailleurs pauvres). Ce sont ces différentes facettes que veut traiter une protection sociale qui à la fois s'universalise (tout le monde est couvert) et se cible de plus en plus sur les situations de dénuement, relatif ou absolu.

Un pan d'action important relève du logement. Les pouvoirs publics et les organismes de protection sociale agissent contre l'insalubrité (dont le constat peut obliger à reloger les ménages concernés) et l'indécence (dont le repérage peut amener à la consignation des prestations logement).

Alors que la lutte contre la pauvreté est historiquement locale (ce sont les paroisses qui, autrefois, agissaient),

elle s'est en quelque sorte nationalisée ces dernières décennies, avec un Etat qui veut toujours davantage agir en la matière. Parallèlement, les collectivités locales et l'action sociale locale des caisses de Sécurité sociale visent à une prise en charge adaptée des spécificités de leurs territoires. Dans un certain brouillage des principes d'action et des responsabilités, avec des appels récurrents à la coordination et à la simplification, la notion de « chef de filât » est aujourd'hui mise en avant. En matière d'action sociale, les conseils départementaux seraient chefs de file.

En matière de Sécurité sociale, les partenaires sociaux ont perdu bien de l'influence et des compétences par rapport à un Etat qui, légitimement, prend plus de place dans la gouvernance d'une protection sociale plus universelle. Plus largement, avec des réformes annoncées ou lancées tant pour ce qui a trait à la santé qu'à la pauvreté et aux retraites, la grande question du qui fait quoi apparaît toujours particulièrement alambiquée. Une manière de l'aborder consiste à repousser les vocabulaires flous à la mode et à se demander qui est le chef de façon à organiser des politiques efficaces. Il en va de la réalité des pouvoirs pour faire vivre ces villes inclusives et assurer le bien-être des populations et des territoires. ★



SESSION

8

# Transition numérique, territoires et bien-être

Linky rec

Connecté

atlantic

Intervenants

L'ÉLECTRICITÉ EN RÉSEAU

**JACQUES-FRANÇOIS MARCHANDISE** (coordonateur) est délégué général de la Fondation Internet nouvelle génération (Fing). Chercheur associé au CREAD (Rennes) et à l'Institut Mines Telecom.

**PIERRE GUELMAN** est directeur des affaires publiques d'Enedis.



Energie : E.ON creuse ses pertes et s'attend au pire en 2018

**FABIEN COUTANT** est chef de projet gouvernance des données à Enedis.

**SYLVIE KERMABON** pilote plusieurs projets d'innovation numérique en santé autour des données personnelles à la MGEN (groupe VYV).

**ENGUERRAND HABRAN** est directeur du Fonds Recherche et innovation de la Fédération hospitalière de France (FHF).

**WILLY ALLÈGRE** travaille au laboratoire d'électronique du Centre de Kerpape (56) en tant qu'ingénieur spécialisé dans les assistances technologiques.

**MARIE COIRIÉ** est designer, responsable du Laboratoire de l'accueil et de l'hospitalité du Groupement hospitalier de territoire de Paris, Psychiatrie et Neurosciences.

SESSION ACCUEILLIE PAR ENEDIS

CRÉATION

collaboration

TRANSFORMATION

innovation

ACCELERATION

DIGITAL

OUTILS

culture numérique

SECURITE

PROGRAMME NUMÉRIQUE

CO-CRÉATION

IDEES

clients

agilité

ACCELERATION

collaboration

DIGITALISATION

collaboratifs

## 8 sessions

## session 8 SESSION 8 session 8

## 8 sessions 8 SESSION 8

LE NUMÉRIQUE REND POSSIBLES DE NOUVEAUX SERVICES, IL CRÉE DE NOUVELLES OPPORTUNITÉS DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE ET DE LOCALISATION DES ACTIVITÉS. MAIS SES FINALITÉS NE SONT PAS ÉCRITES D'AVANCE.

Loin du « colonialisme numérique », **Jacques-François Marchandise** souligne que « le sujet n'est pas la technologie mais les jeux d'acteurs ». Il distingue différents leviers des transitions à l'œuvre dans la plupart des secteurs impactés par le numérique. A travers eux se dessinent les promesses et les potentiels du numérique mais aussi les dissensions et les controverses qui permettent de percevoir les marges de manœuvre et les points d'appui d'une stratégie territoriale autour du numérique. A cet égard, l'usage des données constitue un formidable enjeu. Leurs producteurs sont plus hétérogènes que jamais, leurs usages décloisonnent les silos des entreprises et des administrations. Jacques-François Marchandise conduit au sein de la Fing le programme MesInfos et des projets de « self data territorial » avec Nantes Métropole, La Rochelle et le Grand Lyon, qui mettent en jeu la question de la portabilité des données.

Un opérateur national de distribution de l'électricité tel qu'Enedis est aussi confronté aux nouveaux enjeux des données sur le territoire. **Pierre Guelman** et **Fabien Coutant** éclairent sur les mutations que connaît Enedis à la fois en tant qu'opérateur impliqué dans l'anticipation des réseaux électriques et comme acteur des projets collectifs liés aux usages numériques, aux services de demain et à leur gouvernance territoriale. De son côté, la mutuelle nationale MGEN (groupe VYV) développe des projets en lien avec les données de santé des usagers. **Sylvie Kermabon** détaille le projet « Mes données, ma santé », lancé en 2017 et mis en place avec la Fing et le pôle de compétitivité Cap Digital. Elle revient aussi sur deux projets « preuves de concepts » (POC), l'un autour de la mesure géolocalisée de la qualité de l'air et son croisement possible avec des données de santé, l'autre sur la maîtrise par les patients-assurés de leurs analyses médicales. Les données de santé donnent lieu

à d'importants débats. Elles peuvent favoriser le décloisonnement des politiques sectorielles, les progrès en épidémiologie, la mobilisation collective et le débat démocratique. Mais elles font aussi surgir le spectre d'une société multipliant les dispositifs de contrôle des pratiques individuelles et privatisant les bénéfices de l'exploitation des données.

Depuis son émergence, le numérique s'articule autour de la question de l'innovation. **Enguerrand Halbran**, directeur du Fonds « Recherche et innovation » de la Fédération hospitalière de France rappelle que la FHF reçoit chaque année 400 projets numériques innovants portant sur la génomique, le Big Data, l'intelligence artificielle ou la réalité virtuelle. Il livre sa méthode pour faire évoluer les relations entre acteurs publics et acteurs du numérique car c'est là que se joue la réussite des projets de transformation.

Innovation toujours, avec le centre mutualiste de rééducation et de réadaptation fonctionnelles de Kerpape, près de Lorient, où le REHAB-LAB tire parti des potentiels du numérique pour permettre l'éco-conception d'aides techniques pour et avec les personnes en situation de handicap. **Willy Allègre** revient sur ces projets expérimentaux et appliqués autour du handicap et de l'innovation. Le centre mutualiste est aujourd'hui au cœur du projet « Handicap Innovation Territoire », lauréat de l'appel à manifestation d'intérêt TIGA<sup>1</sup>. Dans un monde désormais traversé par le numérique à toutes les échelles, la designer **Marie Coirié** montre l'apport du design de service pour construire les dispositifs en santé au prisme des usages, des liens sociaux et des enjeux de santé du territoire. A travers les exemples d'Emmaüs Connect et de l'ouverture de structures en psychiatrie dans le XV<sup>e</sup> arrondissement de Paris, elle insiste sur les facteurs de lien du numérique et son intégration dans les réalités humaines de la santé. ★

<sup>1</sup> Territoires d'innovation de grande ambition

SOPHIE **KNAPP**

## → Le handicapowerment

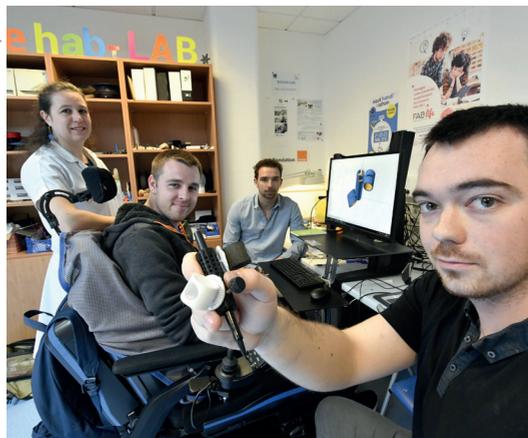
AU CENTRE DE RÉÉDUCATION DE KERPAPE, DES PATIENTS EN SITUATION DE HANDICAP CONÇOIVENT ET FABRIQUENT DES OBJETS, VÉRITABLES AIDES TECHNIQUES, QUI FAVORISENT LEUR AUTONOMIE. LE CENTRE PARTICIPE AU PROJET « HANDICAP INNOVATION TERRITOIRE », PORTÉ PAR LORIENT AGGLOMÉRATION. OÙ IL EST QUESTION DE HANDICAP MAIS AUSSI D'EMPOWERMENT ET D'INNOVATION DE TERRITOIRE...

A Ploemeur, près de Lorient, dans le Morbihan, le centre de rééducation et de réadaptation de Kerpape accueille 400 patients par jour. 600 salariés évoluent sur ce site de 30 hectares. On y trouve les services classiques (neurologie centrale, pédiatrie, traumatologie, cardiologie...), mais aussi des services plus atypiques, comme une auto-école intégrée au centre qui permet de réapprendre la conduite après un accident, une école intégrée accueillant les enfants de la primaire au bac pro et le laboratoire d'électronique où foisonnent les ordinateurs et les imprimantes 3D.

C'est dans ce laboratoire qu'évoluent trois ingénieurs sans cesse en quête d'innovation, Willy Allègre, Jean-Paul Departe et Mathieu Thébaud, en lien étroit avec les services de rééducation du centre. « Nous intervenons au niveau de l'interface homme-machine : nous allons trouver des solutions alternatives à la frappe classique sur le clavier de l'ordinateur ou à l'utilisation de la souris ; nous pouvons par exemple travailler sur la reconnaissance vocale ou sur des systèmes d'eye tracking pour piloter un ordinateur ou une tablette avec les mouvements des yeux. Nous travaillons également sur la domotique pour que la personne soit autonome chez elle, autour du déplacement en fauteuil, et sur les assistances d'aide à la communication, avec des logiciels qui utilisent de la synthèse vocale pour les gens qui ne peuvent plus communiquer par voie orale. »

### «Faire soi-même»

Mais à Kerpape, l'innovation ne se focalise pas systématiquement sur la dimension technologique. Elle passe d'abord par une idée majeure : la conception centrée sur l'utilisateur. « Dans notre laboratoire, l'innovation est moins technologique que d'usage. C'est une innovation sociale liée à la participation du patient », revendique Willy Allègre.



ACCOMPAGNÉES PAR DES PROFESSIONNELLS, LES PERSONNES HANDICAPÉES CRÉENT LEUR PROPRE AIDE TECHNIQUE.



WILLY ALLÈGRE ET JEAN-PAUL DEPARTE, INGÉNIEURS  
AU REHAB-LAB, AVEC LES EXEMPLES D'AIDES TECHNIQUES  
FACILITANT LA PRÉHENSION.

«Faire par soi-même», tel est le leitmotiv qui anime les patients comme les professionnels au sein du REHAB-LAB, un fablab – laboratoire de fabrication – dédié aux patients qui a ouvert au sein du laboratoire d'électronique de Kerpape en 2016. Ici, le patient est considéré comme le chef de projet de la création de sa propre aide technique. Accompagné par un ergothérapeute et un référent technique, il crée les aides techniques qui vont améliorer son autonomie. «Nous avons adapté trois concepts, explique Willy Allègre. Le «Do it yourself», le partage du matériel et des connaissances, et la démocratisation des techniques de fabrication numérique, notamment de l'impression 3D.»

Au centre de rééducation, le «DIY», un concept qui fait le bonheur des apprentis pâtisseries et des bricoleurs sur Internet, a été adapté pour que le patient soit davantage acteur. Le patient en situation de handicap peut concevoir et fabriquer lui-même les objets qui facilitent son autonomie mais il peut aussi devenir un patient ressource qui apprend aux autres. Le partage de connaissances se fait d'abord par la collaboration entre l'ergothérapeute, l'ingénieur, le référent



technique et le patient. « Nous sommes bien sur la création d'aides techniques, pas de reproduction d'objets du commerce standardisés, précise le jeune ingénieur. Ce sont des aides techniques sur mesure réalisées avec des impressions 3D. Et l'appropriation de l'aide technique - comme un support de paille pour une personne qui ne peut pas tenir un verre ni même une paille pour boire - se fait plus facilement quand elle a été conçue et fabriquée par le patient. »

## Le concept d'handicapement

Depuis quelques années émerge le concept d'handicapement introduit par Nicolas Huchet, amputé au niveau de l'avant-bras suite à un accident de travail. Face au prix élevé des prothèses, il a développé un projet de prothèse low cost dans le fablab de Rennes. Reconnu aujourd'hui pour son expertise à la fois technique et d'utilisateur, son expérience a nourri la démarche du REHAB-LAB intégré au sein du laboratoire d'électronique de Kerpape.

En deux ans, une centaine de patients a franchi la porte du laboratoire de Kerpape pour s'installer devant un poste informatique adapté. 250 aides techniques ont été réalisées et parmi elles, 43 ont été modélisées de A à Z par les patients. Ces aides techniques sont ensuite partagées sur la plateforme d'objets 3D Thingiverse. Elles ont déjà été téléchargées plus de 2500 fois.

Pour Jacques-François Marchandise, délégué général de la FING, on assiste à un changement de paradigme : «Des personnes lourdement handicapées deviennent des prototypes. Cela se passe à Kerpape ou dans le fablab de Rennes parce que dans ces lieux ont été créés des conditions capacitantes. Avec des moyens assez modestes, ces transformations sont rendues possibles parce que des gens se font confiance, dans une relative bienveillance de la part des acteurs publics et grâce à une dynamique territoriale.»

LES OBJETS CONÇUS PAR LES PATIENTS, AIDÉS PAR DES ERGOTHÉRAPEUTES, FACILITENT LES ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE.



## «Handicap Innovation Territoire»

Aujourd'hui, les ingénieurs du centre mutualiste de Kerpape sortent des murs. A travers le projet «Handicap Innovation Territoire» porté par Lorient Agglomération, qui vise à développer un modèle de territoire inclusif et à répondre aux défis sociétaux liés au handicap, plusieurs acteurs se sont réunis pour répondre à l'appel à manifestation d'intérêt national TIGA. Avec à la clé des financements importants permettant de porter une démarche innovante sur le territoire<sup>1</sup>.

Emmené par Lorient Agglomération, le projet s'appuie sur un ensemble d'acteurs, des établissements de soin comme Kerpape, des centres d'expertise comme ID2Santé, des structures médicosociales, des entreprises, la CCI Morbihan, des acteurs de la recherche de la chaire M@D, l'IUMM 56, la Région Bretagne, la CPAM Morbihan, les CHU de Rennes et de Brest, mais aussi des associations d'usagers représentatives des différents types de handicaps, la commission intercommunale d'accessibilité...

Comme le rappelle Willy Allègre, «à Kerpape, nous considérons le handicap comme une situation dynamique, qui peut changer sous l'effet de deux facteurs, le facteur personnel et le facteur environnemental. Si nous améliorons l'environnement, nous améliorons la situation de la personne handicapée. L'adaptation de l'environnement passe par l'utilisation d'aides techniques comme par l'aménagement de l'environnement et du territoire.»

## Servir au plus grand nombre

Au sein de ce projet atypique qui a réussi à fédérer une grande diversité d'acteurs, la parole est libre et chacun peut exprimer ses besoins et proposer des solutions. Les objectifs du projet visent au développement de l'handicapowerment et du patient expert, d'un territoire inclusif pour les personnes en situation de handicap, de nouvelles solutions liées aux technologies numériques et à leurs usages, et de nouveaux modèles organisationnels et économiques. Tous les projets seront expérimentés dans des espaces de vie réels, que ce soit en centre de soins, à domicile ou dans la cité. L'impact social et économique des actions sera mesuré pour développer une filière économique. «Le champ du handicap



© Thierry Creux

CE SUPPORT DE PAILLE À FIXER SUR LE REBORD D'UN VERRE PERMET À UNE PERSONNE HANDICAPÉE QUI NE PEUT PAS TENIR UN VERRE, NI MÊME UNE PAILLE, DE BOIRE. CHAQUE PATIENT PEUT CHOISIR LES MATIÈRES, LES FORMES ET LES COULEURS DES OBJETS QU'IL CONÇOIT.

est un des champs producteurs d'innovation, relève Jacques-François Marchandise. La cité du design de Saint-Etienne a ainsi pris l'habitude de développer des travaux autour du handicap, avec l'idée qu'à terme, ils serviront à tout le monde.»

Servir à tout le monde, un mot d'ordre qui réjouit Willy Allègre et qui caractérise l'esprit du REHAB-LAB de Kerpape depuis le premier jour : «Notre méthode empirique doit servir au plus grand nombre. Aujourd'hui, nous voyons à travers le projet «Handicap Innovation Territoire» un moyen ambitieux pour modéliser et diffuser dans toute la France les nombreuses expérimentations innovantes réalisées au niveau de Lorient Agglomération.» ★

<sup>1</sup> Le projet de Lorient fait partie des 24 lauréats de la première phase. Une dizaine de projets seront finalement retenus dans le cadre de l'appel à projets «Territoires d'innovation» qui sera doté de 450 millions d'euros sur 10 ans.

## Numérique et lien social

**En l'an 2000, Jacques-François Marchandise crée la Fing avec Daniel Kaplan. L'association rassemble des acteurs publics et privés, chercheurs, associations, entrepreneurs, institutions. Leur mission est d'intérêt général : il s'agit de réfléchir aux transformations politiques, économiques, sociales et territoriales induites par le numérique.**

Pariant sur l'intelligence collective que génère le numérique, la Fing travaille autour des questions qui le traversent de manière transversale. « Pour aborder des thèmes comme l'éducation, le travail, la santé, la ville, le vieillissement ou la mobilité, qui ne relèvent pas a priori spécifiquement du numérique, il faut décroisonner et trouver de nouvelles façons de réfléchir », explique Jacques-François Marchandise. Le cofondateur de la Fing s'est progressivement rendu compte que ce qui l'intéressait, ce n'était pas tant les technologies que leurs usages, leur appropriation par les gens. Car toutes ces technologies ont un fort potentiel transformateur. « Les anciens systèmes - l'action publique, l'école, le territoire, le système productif - sont obsolètes ou menacés. Il faut les réinventer, par exemple dans une perspective de transition écologique ou démocratique ».

Alors que le numérique favorise l'émergence de nouveaux jeux d'acteurs, de nouvelles chaînes de valeurs, de nouveaux rapports de forces et de nouvelles dynamiques, ces transitions numériques impliquent une lecture d'ensemble. Car les questions qu'elles soulèvent ne se posent jamais à l'individu seul mais dans le cadre de nouvelles configurations sociales.



© Sophie Knapo

JACQUES-FRANÇOIS MARCHANDISE,  
DÉLÉGUÉ GÉNÉRAL DE LA FONDATION INTERNET  
NOUVELLE GÉNÉRATION, LA FING



© Sophie Koarpp

LE MANQUE DE CONNAISSANCES ET DE CAPACITÉS D'APPRENTISSAGE DANS LE DOMAINE DU NUMÉRIQUE SONT DES FACTEURS D'EXCLUSION.

### Empowerment et pouvoir d'agir

Le numérique tient-il ses promesses en construisant une société de la connaissance qui produit de l'égalité et de la démocratie, ou accentue-t-il les fractures ? Au lieu de se focaliser sur le versant négatif du numérique, la Fing a pris le parti d'étudier le versant positif de ces questions, en se demandant ce qui se passe quand des personnes s'emparent des possibilités du numérique dans leur parcours social. Jacques-François Marchandise s'est ainsi demandé s'il existait un « ascenseur social » numérique, ce qui l'a amené à réfléchir aux questions d'empowerment et de pouvoir d'agir : « L'empowerment articule un « pouvoir de » individuel, un « pouvoir avec » collectif et un « pouvoir sur » politique. Aujourd'hui, l'empowerment se retrouve dans l'économie collaborative, le « Do It Yourself », les villes en transition, les circuits courts... »

### La socialisation, un facteur clé

Mais agir de façon collective nécessite d'évoluer dans un environnement où la socialisation est aisée. Il est plus facile de rencontrer des gens dans les métropoles, les zones denses, les endroits où une forme d'urbanité offre des lieux de rencontre. Et il est aussi plus facile de créer des relations quand on en a déjà et que l'on ne se trouve pas dans une situation d'isolement. Mais la bonne surprise étudiée par la Fing, c'est que les dispositifs numériques permettent des recompositions du collectif : on assiste à une explosion de formes de lien social ordinaire. Jacques-François Marchandise relève par exemple que sur leboncoin.fr, certaines personnes mettent en vente des objets à des prix très bas car leur véritable objectif n'est pas de vendre mais d'avoir une interaction physique et sociale avec l'acheteur. On retrouve les mêmes logiques pour le covoiturage qui offre la possibilité de rencontrer des gens. Ainsi, par des biais détournés, le numérique permet de reconstituer un chemin de mise en relation avec autrui.



© Glenn Carstens-Peters - Unsplash

LA FING ÉTUDIE LA FAÇON DONT LES PERSONNES S'EMPARENT DU NUMÉRIQUE DANS LEUR PARCOURS SOCIAL.

LE NUMÉRIQUE NE REMPLACE PAS  
LES INTERACTIONS HUMAINES.



© Sophie Knapp

Néanmoins, les personnes au carnet d'adresses vide, aux liens sociaux professionnels coupés, aux situations familiales fragiles et qui manquent d'estime de soi bénéficient plus difficilement de cette sociabilité par le numérique. Les travailleurs sociaux relèvent que le public en difficulté n'est pas forcément confronté à des obstacles en lien avec la technique mais avec les pratiques sociales. Il ne s'agit donc pas de fracture numérique ou d'exclusion numérique à proprement parler mais de problèmes d'ordres sociaux et économiques.

### Contre l'exclusion, des médiations sociales

Le manque de connaissances et de capacités d'apprentissage dans le domaine du numérique sont également des facteurs d'exclusion : face à un ordinateur, une tablette ou un smartphone, il faut savoir apprendre, comprendre le fonctionnement des moteurs de recherche, la manière dont l'information circule. Alors que de nombreux services sont désormais entièrement digitalisés, les personnes en difficulté sont souvent perdues si elles ne bénéficient pas d'aide extérieure ou de médiation pour comprendre comment fonctionnent ces services en ligne. Dès lors, il apparaît que le numérique marginalise une partie des usagers lorsqu'il remplace purement et simplement des interactions existantes, par exemple devant un guichet. Pour Jacques-François Marchandise, «le numérique doit être utilisé en articulation plutôt qu'en substitution». D'où l'importance de repenser les médiations sociales - et leurs insuffisances - avec tous les acteurs existants, en y incluant les médiations numériques. Et cela doit passer par la formation des aidants et des acteurs sociaux aux difficultés numériques, mais aussi par la formation des acteurs du numérique aux questions sociales. ★

SOPHIE KNAPP

## ZOOM

**L'inclusion numérique avec Emmaüs Connect**

Aujourd'hui, 80% des offres d'emploi ne sont accessibles que sur Internet. Emploi mais aussi santé, éducation, loisirs, autant de domaines qui nécessitent de savoir évoluer sur la toile. Et qui fragilisent encore davantage les personnes en situation de précarité qui subissent l'exclusion numérique parce qu'elles ne se sentent pas à l'aise avec ses outils ou parce qu'elles ne

disposent pas d'une connexion Internet. Depuis 2013, dans huit départements, Emmaüs Connect accompagne les publics en précarité sociale et numérique. Plus de 30 000 personnes ont déjà été accompagnées dans les espaces de solidarité numériques d'Emmaüs Connect ou dans ses structures partenaires, afin d'être plus autonomes dans les différentes démarches de la vie quotidienne.



© Sophie Krapp

LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ SUBISSENT L'EXCLUSION NUMÉRIQUE.

LE TRAVAIL EN ATELIER EST **UN TRAVAIL COLLECTIF**. AMORCÉ PAR DES RENCONTRES DE TERRAIN SUR DEUX JOURS, IL EST PONCTUÉ PAR UN RENDU EN FIN DE CYCLE. IL PART D'UNE QUESTION, D'UNE PROBLÉMATIQUE POSÉE PAR UN PARTENAIRE DE L'IHÉDATE, QUI S'INCARNE CONCRÈTEMENT DANS UN TERRITOIRE DONNÉ.

## ATELIER 1

### Grenoble : santé et politique de la ville, enjeux à l'échelle métropolitaine

Grenoble-Alpes Métropole, EPCI composé de 49 communes et regroupant 450 000 habitants, a interrogé les auditeurs de l'Ihédate sur les enjeux d'un déploiement d'actions en faveur de la santé à l'échelle métropolitaine.

#### PARTENAIRES ASSOCIÉS

MÉTROPOLE DE GRENOBLE ET COMMISSARIAT GÉNÉRAL À L'ÉGALITÉ DES TERRITOIRES

Les auditeurs : Claire Bernard, Séverine Bourgeois, Caroline Callens, Philippe Charton, Véronique Coste, Brice Fusaro, Alexandre Hennekiné, Jean-Marc Illes, Claire Leplat, Frédéric Mahé, Olivier Malaret, Laurent Michelin, Frédéric Parrad, Aline Picarony, Mathilde Savoy.

## ATELIER 2

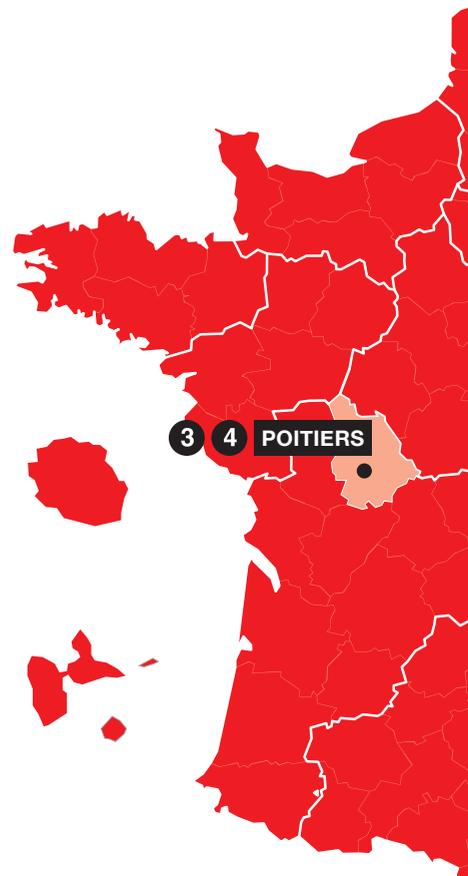
### Construire une politique des âges en région : l'exemple de la Riviera française

En termes de vieillissement, le territoire de la Riviera Française est un miroir grossissant d'une problématique qui touche plus largement la région Sud-Provence-Alpes-Côte d'Azur. La Région a demandé aux auditeurs de réfléchir à la manière dont ce territoire prend en charge le phénomène du vieillissement et dont il pourrait infléchir sa trajectoire démographique.

#### PARTENAIRES ASSOCIÉS

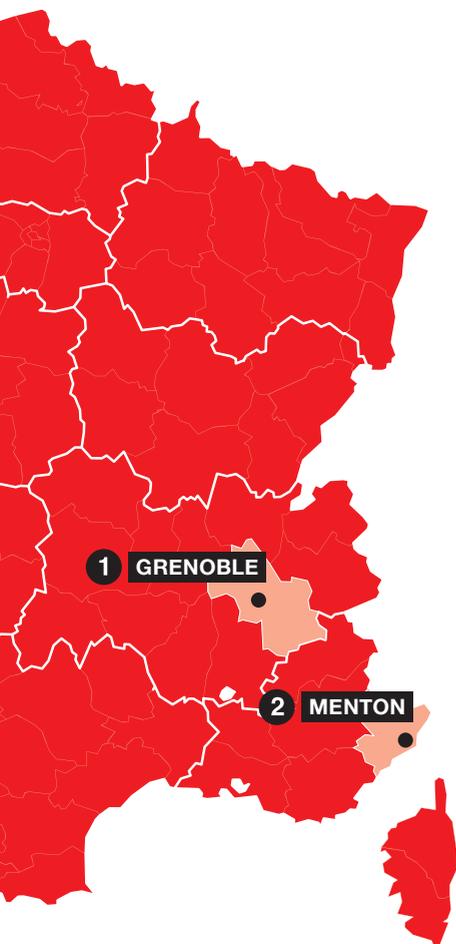
RÉGIONS DE FRANCE (GROUPE ÉTUDES ET PROSPECTIVE),  
RÉGION PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR, INSTITUT JULES D'ESTRÉE

Les auditeurs : Virginie Alonzi, Yann Cabrol, Vincent Chery, Silvain Czechowski, Myriam Haïoun, Eric Le Bihan, Nicolas Mourlon, Noémie Oswald, Romain Paganelli, Emmanuel Heyraud, Didier Serna, Chloé Voisin Bormuth.



Les **ATELIERS**

de l'IHEDATE

**ATELIER 3****Grand Poitiers : l'hôpital hors les murs ?**

Saisi des enjeux liés à un projet de santé hors les murs de l'hôpital, le groupe de travail de l'Ihédate a essayé de définir des pistes pour favoriser la convergence d'intérêts des parties prenantes et la mise en cohérence de leurs actions.

**PARTENAIRES ASSOCIÉS**

GRAND POITIERS COMMUNAUTÉ URBAINE, CHU DE POITIERS, UNIVERSITÉ DE POITIERS, TECHNOPOLE GRAND POITIERS

Les auditeurs : Christian Baudot, Elisabeth Belin, Aurélien Biscuit, Joël Boissière, François Brière, Katia Chmielczyk, Krishnaraj Danaradjou, Marie Defay, Jean-Marie Dunand, Emmanuel Fauchet, Philippe Labatut, Hervé List, Nathalie Paré, Corinne Roldo, Ghislaine Séjourne, Annick Tual.

**ATELIER 4****Prévention santé et e-sport : enjeux et perspectives pour une filière à Poitiers**

La question posée aux auditeurs était d'approfondir les potentialités d'une meilleure articulation entre e-sport et santé, pour renforcer la filière du e-sport sur le territoire et en faire un levier de développement économique et d'inclusion sociale.

**PARTENAIRES ASSOCIÉS**

GRAND POITIERS COMMUNAUTÉ URBAINE, CHU DE POITIERS, UNIVERSITÉ DE POITIERS, TECHNOPOLE GRAND POITIERS

Les auditeurs : Marie-Hélène Albert, Philippe Buiatti, Lola Davidson, Agnès Demare Lecossais, Corinne Feret, Frédérique Gomez, Claire Grandet, Françoise Jeanson, Laurent Le Coq, Frédérique Le Drogo, Marc Maheut, Philippe Maitre, Marianne Malez, Nachida Meziri Tighilt, Olivier Morel, Florence Pavageau, Julien Vick.

Retrouvez les travaux des auditeurs sur [www.ihedate.org](http://www.ihedate.org).

**ZOOM****ATELIER 1****Grenoble : santé et politique de la ville, enjeux à l'échelle métropolitaine**

© stock.adobe.com

Grenoble-Alpes Métropole a interrogé les auditeurs de l'lhédate sur les enjeux d'un déploiement d'actions en faveur de la santé à l'échelle métropolitaine. Déjà active sur ces questions dans le cadre de sa compétence politique de la ville, la Métropole s'interroge sur la capacité d'essai-image du volet santé des contrats de ville. Elle soulève enfin la question de la gouvernance à mettre en place et de l'articulation entre les contrats locaux de santé (CLS) municipaux existants et un éventuel CLS métropolitain.

Laboratoire d'innovation sociale, urbaine et politique, Grenoble a naturellement construit dès les années soixante-dix une politique de santé publique communautaire, axée sur la prévention, l'accès aux soins, en expérimentant dans les quartiers ancêtres des quartiers de politique de la Ville (QPV).



© stock.adobe.com

CHU GRENOBLE ALPES

Malgré un contexte politique difficile (pour la première fois depuis le début des années 80, la Ville, la Métropole et le Département sont dirigés par des exécutifs de couleurs politiques différentes), le groupe de travail a identifié de nombreux enjeux justifiant la pertinence de l'échelle métropolitaine pour l'amélioration de l'état de santé des habitants.

## Une politique de santé métropolitaine : quels enjeux ?

### Enjeux de périmètre

Un certain nombre d'équipements (hôpitaux, parkings relais...) ou d'espaces (naturels, sportifs, production d'une alimentation saine), situés hors du périmètre de la ville jouent un rôle important sur le capital santé des Grenoblois. Leur gestion en lien avec des objectifs de santé et de bien-être, la promotion de leur accès sont des leviers d'actions favorables à la santé pour la Métropole.

### Enjeux d'équité de traitement

Les déterminants de santé interagissent au-delà des limites communales. Agir à l'échelle métropolitaine, c'est agir pour tous les habitants de l'agglomération grenobloise en tenant compte de la diversité des besoins sanitaires et des situations géographiques.

### Enjeux de démocratie sanitaire

La Métropole pourrait s'appuyer sur les dispositifs de participation qu'elle pilote au titre de la politique de la ville et les démarches de planification (Schéma de cohérence territoriale et Plans locaux d'urbanisme intercommunaux). Mais la relation de proximité des élus communaux avec leur population, notamment à Grenoble où est engagée une démarche participative autour du plan municipal de santé, est à prendre en compte.

### Enjeux de couverture des déterminants de santé

De nombreux déterminants de santé peuvent être dans le périmètre de la collectivité. Favoriser les modes actifs de transport a un impact positif sur la santé, sur le bruit et sur les émissions de polluants ; favoriser la pratique d'une activité physique ; favoriser

une alimentation favorable à la santé à tous les âges de la vie ; quantifier et limiter l'exposition de la population.

### Enjeux relatifs à l'offre de soins

L'approche métropolitaine de la santé s'impose dès lors que l'on s'intéresse aux nouveaux usages des habitants, à l'évolution de leurs parcours de soins, à l'organisation des communautés professionnelles de soins et à la nécessité de planifier sur tout le territoire l'offre pour éviter les déserts médicaux.

### Enjeux de cohérence avec les compétences

Agir à l'échelle métropolitaine, c'est intégrer explicitement une dimension sanitaire aux projets de développement et d'aménagement de l'agglomération grenobloise. C'est intégrer la santé des habitants comme un objectif au cœur des préoccupations et plus simplement la considérer comme un effet à mesurer.

### Enjeux budgétaires

Le regroupement au niveau métropolitain du budget santé permet des économies d'échelle et la réaffectation des gains, une meilleure répartition des moyens sur le territoire proportionnée aux enjeux de santé.

### Enjeux économiques

Les performances économiques de l'agglomération grenobloise questionnent l'attractivité du territoire. La stratégie de développement économique de la Métropole pourrait plus fortement intégrer des problématiques de santé au travail et de responsabilité environnementale des entreprises.

Le groupe de travail s'est ensuite attaché à identifier d'autres territoires qui peuvent nourrir la pertinence d'une action au niveau métropolitain avant d'en tirer un certain nombre de préconisations.

ATELIER 1

## ZOOM



LE SPORT SUR ORDONNANCE À STRASBOURG

### Et ailleurs...

**A Strasbourg**, les différents projets de santé ont progressé d'une échelle « ville » (le sport santé sur ordonnance lancé par la ville en 2012) à une échelle « agglomération » (appel à projet « Territoire d'innovation de grande ambition ») et même à une échelle nationale (amendement Fourneyron adopté à l'Assemblée nationale le 27 mars 2015).

**Lyon** est un cas particulier du fait de son innovation institutionnelle mais il montre qu'une métropole est légitime pour associer santé et développement économique. Les thèmes de la e-santé, de l'open data, de l'observation des données, de la santé environnementale et de l'aménagement d'espaces urbains favorables à la santé sont bien des sujets qu'une métropole est susceptible d'intégrer dans son périmètre d'actions.

**Marseille** réfléchit à l'évolution d'un contrat local de santé à l'échelle de la métropole pour bénéficier de compétences plus larges mais en gardant un pilotage de proximité pour les actions opérationnelles via les municipalités. Cette évolution permettrait une meilleure prise en compte de la santé dans les projets de développement par des évaluations d'impact sur la santé, mais elle présente un risque de perte de légitimité de la ville sur la question sanitaire avec une perte de proximité.

**A Dunkerque**, le plan local d'urbanisme intercommunal, habitat et déplacements (PLUI-HD) a été le vecteur d'acculturation des problématiques de santé auprès des acteurs locaux. Dans un territoire confronté à des urgences sanitaires, la santé, considérée comme un élément de qualité de vie, participe d'une stratégie d'attractivité territoriale.

### Enseignements

Si la pertinence de l'échelle métropolitaine pour la détermination d'une politique de santé est admise, rares sont les métropoles qui se sont engagées nettement dans cette direction, à l'exception de Bordeaux, où l'impulsion de la ville-centre et la volonté du maire sont déterminantes, ou encore de Strasbourg. Mais la réflexion engagée à Grenoble l'est aussi ailleurs, à Lyon, Nîmes ou Toulouse.

La politique de santé de la Ville de Grenoble prend déjà en compte des thèmes telles que la pollution, la diminution des nuisances, la qualité de l'air, l'adaptation de l'urbanisme et des transports, qui vont au-delà des strictes attributions santé communément pilotées par une ville. En effet, en dehors des villes précitées, les contrats locaux de santé d'autres grandes villes sont en général limités aux seuls domaines de la prévention et de la promotion de la santé.

Le CLS de Grenoble est déjà inscrit dans une approche forte de coopération, qui doit être absolument conservée pour se développer d'une manière plus large dans un CLS métropolitain. De ce fait, tout schéma qui nierait ce travail très important déjà réalisé, ne pourrait conduire à une gouvernance sereine et serait selon nous, voué à l'échec :

par exemple, l'existence de CLS juxtaposés et en compétition est à proscrire, de même qu'un CLS assis sur la seule vision métropolitaine.

Le modèle de gouvernance est donc celui de la coopération et de la subsidiarité : la Métropole s'attacherait à intégrer les déterminants de santé, notamment de santé environnementale, dans ses différentes politiques, en concertation avec les communes. Elle aurait également la légitimité pour définir des axes stratégiques, par exemple en matière de développement de centres de santé pluridisciplinaires, de santé mentale ou encore en matière d'observation. La Métropole pourrait également fédérer les échanges de bonnes pratiques entre communes ou structurer la mise à disposition d'expertises sur le territoire.

Ce modèle, pour être affermi, ne pourra cependant pas faire l'impasse sur le devenir du CLS 2018/2023, aujourd'hui passé entre la Ville et l'Agence régionale de Santé au niveau local. C'est pourquoi le rôle de pilotage et d'animation de l'ARS est essentiel dans la démarche et doit être plus affirmé. De plus, l'approche souhaitée doit souscrire, pour être pleinement efficace et répondre aux besoins des populations, à la notion d'universalisme proportionné.

Par la vision métropolitaine plus large en termes de périmètre, et plus complète en termes de compétences, les orientations stratégiques sont bien positionnées à cette échelle pour intégrer cet objectif. Complémentairement, le maintien d'une vision de proximité au niveau de la commune, voire de secteurs ou de quartiers, est nécessaire pour connaître les spécificités locales et y répondre de manière juste. Cette vision pourrait se traduire par des actions spécifiques sur des zones territoriales homogènes et dont le pilotage pourrait être confié à des acteurs des communes.

Le contrat local de santé devra donc, dans sa forme, démontrer la complémentarité, la proximité et la coopération. Il devrait donc être un CLS du territoire métropolitain et non de la Métropole, cosigné par les maires. Il devrait responsabiliser les communes par des actions regroupées, intégrer à égalité les parties-prenantes dans les comités de pilotage et identifier des porteurs d'actions de proximité dans les collectivités (associations, ateliers santé ville, antennes locales, etc.).

Des entretiens conduits avec les acteurs santé d'autres villes, il ressort que l'existence d'un CLS sur un territoire implique à terme d'avoir une gouvernance et des moyens d'expertise homogènes

sur le territoire. Ceci pose la question du transfert de délégations de la municipalité vers la métropole. Dans un premier temps, il sera donc sans doute incontournable de mettre en place un CLS sur le territoire de la métropole garantissant la coordination, définissant la stratégie transverse et précisant les secteurs nécessitant une approche spécifique. L'étape suivante, plus intégratrice, après 2023, pourrait être celle d'un transfert à l'intercommunalité de la pleine compétence en matière de santé avec deux scénarios possibles :

Soit un transfert à la Métropole des moyens financiers, des modalités de leur redistribution équitable et la définition de politiques uniformes ou équitables à l'échelle de l'agglomération. Dans ce cas de figure, la mise en œuvre reste aux mains des services municipaux.

Soit un transfert intégral - deuxième phase possible - des services communaux à la métropole. Cette étape est conditionnée à la mise en place par la Métropole de véritables services intégrés pour ses compétences obligatoires. Un facteur favorable supplémentaire serait que ces services soient en réalité des services communs de la Ville et de la Métropole, sur le modèle toulousain (qui ne s'étend toutefois pas encore au domaine de la santé).

## ZOOM



## ATELIER 4

## Prévention santé et e-sport : enjeux et perspectives pour une filière à Poitiers



Le sport électronique, « e-sport » en anglais, désigne l'ensemble des pratiques permettant à des joueurs de confronter leur niveau par l'intermédiaire d'un support électronique. Plus simplement, il s'agit de compétitions de jeux vidéo. En pratique, l'e-sport, comme tout sport, se pratique à tous les niveaux. L'e-sport ici est synonyme de GAMING.

Son milieu a fortement évolué ces dernières années : densification du secteur, de plus en plus d'événements dotés de plus de 100000 dollars de « cash prize », professionnalisation des équipes. Toutefois, l'e-sport reste un marché de niche comparé à l'immense marché du sport (chiffre d'affaires 2017 en France : 20M€).

Poitiers apparaît aujourd'hui comme un des « spots » majeurs, et certainement un des plus anciens en France, avec la particularité de ne pas accueillir seulement un tournoi de franchise mais de s'adosser à un réseau local très mobilisé (public, associatif, entrepreneurial, etc.) et de sponsoriser une équipe de joueurs (les Orks).

Développer une filière e-sport impliquera d'aller au-delà de l'e-sport et de l'organisation de la Gamers Assembly, pratique sportive désormais adoptée par de nombreuses villes (Lyon, Vienne, Paris, etc.) et de rechercher une stratégie de différenciation. En effet, la filière est en cours de construction et intéresse de nombreux territoires. Il y a urgence à positionner Grand

Poitiers dans cette compétition féroce et internationale.

La question posée est de savoir dans quelle mesure le secteur de la santé peut renforcer le développement de cette filière comme levier de développement économique et facteur de bien-être et d'inclusion sociale et spatiale.

**Première préconisation :**  
prendre appui sur les bienfaits et méfaits de l'e-sport pour développer des protocoles de soins et de prévention

La pratique de l'e-sport peut être bénéfique pour la santé notamment pour ce qui concerne la mémorisation, la créativité et la concentration ; le repérage dans l'espace, la coordination, la réactivité ; la gestion du stress et la prise de décision. Valoriser les bienfaits pour la santé peut donc être une piste intéressante et surtout novatrice pour développer des protocoles de soins et de prévention, et des modules d'éducation thérapeutique, en adaptant bien sûr les outils selon les cibles et profils (enfants,

personnes âgées et personnes malades).

Inversement, une pratique intensive de l'e-sport peut avoir des conséquences négatives sur la santé, notamment des troubles du comportement (troubles du sommeil, de la concentration, stress, addiction, réaction « agressive »), une hygiène de vie défavorable (déséquilibre alimentaire, manque d'activité physique pouvant induire une obésité). Il peut aussi causer des troubles somatiques entraînant des pathologies tendino-musculo-squelettiques (TMS), des céphalées, des troubles visuels... Comme pour les bienfaits, il est tout à fait possible de mettre en place des programmes de promotion de la santé pour prévenir les effets secondaires liés à la pratique intensive de l'e-sport ainsi que développer et mettre en œuvre des protocoles de soins, de prévention et des modules d'enseignement.

### **Deuxième préconisation : mettre en synergie l'écosystème autour d'une gouvernance territoriale**

La filière e-sport et santé autour du Grand Poitiers doit s'appuyer sur l'ensemble des acteurs locaux, et ce, au-delà des frontières intercommunales, en associant des partenaires institutionnels dans la toute la région Nouvelle Aquitaine ainsi que des acteurs privés et de la société civile, moteurs du

développement économique et de la diffusion sur le territoire.

Nous suggérons une gouvernance large impliquant un maximum d'acteurs, structurés selon leurs apports (économique, formation Ed Tech, start-up) avec trois dimensions.

Une dimension « **développement de la pratique de l'e-sport et accompagnement de la performance** » en lien avec la santé passant par une forte contribution du CREPS86 comme chef de file, et les acteurs du sport (adapté, handisport, valide) et de l'eSport (fédérations, équipes etc.).

Une dimension « **développement des soins, prévention, formation et recherche** » avec la Chaire universitaire Sport Santé et Bien-être en première ligne, ainsi que le CHU, l'université, les acteurs de la santé et du médico-social, tout comme les associations de solidarité et de promotion de l'inclusion.

Enfin, une dimension « **développement économique de l'e-sport et e-sport-santé** » portée par les deux Technopoles du Grand Poitiers et la Technopole du Futuroscope ainsi que le cluster des professionnels du numérique de l'Ex Poitou-Charente et le Pôle Image d'Angoulême, tout le secteur EdTech du territoire, et les acteurs identifiés de l'e-sport (éditeurs de jeux, entreprises de gestion de données, associations organisatrices d'événements...).

Au-delà de cette gouvernance centrée sur les activités, le pilotage politique se fera par la communauté d'agglomération du Grand Poitiers en lien avec la Région Nouvelle Aquitaine et les Départements (Vienne et Charente). Il nous semble important de souligner le rôle de la Région, au travers d'une infrastructure comme le CREPS86 qui porte déjà une dynamique de développement de la filière en coopération avec Grand Poitiers, mais aussi sur d'autres sujets et compétences régionales (développement économique, formation professionnelle...).

### **Play for life : pour une plateforme de marque autour de la filière e-sport santé**

Pour que la filière prévention santé e-sport se positionne comme une entité visible et reconnue, il semble nécessaire de caractériser ce qui la définit, d'identifier les attributs qui la qualifient. L'objectif d'une plateforme de marque consistera à exprimer la valeur ajoutée de la filière pour les publics internes et externes. En définissant l'identité, ses missions et ses valeurs, la plateforme de marque permettra de fédérer autour d'une culture commune et formalisée vis-à-vis des parties prenantes externes et elle contribuera à la cohérence de l'image et des discours. PLAY FOR LIFE sera la « big idea » pour la filière e-sport.★

# Géographies de l'argent

## Circulation des richesses et dynamiques territoriales

L'ambition du cycle 2019 est d'aborder les territoires à travers les flux monétaires et financiers qui les irriguent. Une géographie de l'argent, prise dans son acception la plus large, permet d'articuler les territoires de la finance (où se crée l'argent et comment circule-t-il ?), ceux de l'investissement et de la production (où se crée la richesse ?), ceux de la consommation (où dépense-t-on ?), ceux de l'épargne (où et comment accumule-t-on ?).

Ce faisant, on abordera des enjeux territoriaux majeurs, comme l'évolution des systèmes productifs locaux et leur financement, les mutations de la production urbaine et immobilière, les modalités de la transition énergétique et écologique, les inégalités et les solidarités entre territoires. Car si l'argent circule entre les territoires, il alimente aussi la polarisation spatiale et sociale.

On pense d'abord, bien sûr, à l'extrême concentration de l'industrie financière « globalisée » dans quelques grands centres et aux effets massifs d'accumulation des richesses ainsi produits. Depuis ces centres s'organise l'hyper-mobilité du capital entre les différents marchés d'actifs et entre les territoires. Les normes des marchés financiers – liquidité, rentabilité, risque – tendent alors à s'appliquer à toutes les formes de capital, productif, immobilier, foncier. La cohérence des portefeuilles prévaut sur la cohérence territoriale. La financiarisation alimente des bulles sur certains territoires tandis qu'elle en laisse d'autres totalement de côté.

Mais les intermédiaires financiers ne sont pas uniquement globaux : les systèmes bancaires et de financement nationaux restent assez fortement différenciés. Surtout, ils sont loin d'être les seuls acteurs à orienter la localisation de la richesse.

Les entreprises, tout en étant soumises pour les plus grandes aux logiques du capitalisme actionnarial, déterminent leur choix d'implantation en fonction de critères le plus souvent extra-financiers. L'État, tout en étant soucieux de préserver sa base fiscale et de financer sa dette sur les marchés internationaux, organise un énorme dispositif de réallocation de l'argent à l'échelle nationale, qui rééquilibre partiellement les forces d'agglomération de la globalisation. Les individus, par leur consommation, leurs déplacements, leurs solidarités familiales, jouent également un rôle redistributif majeur.

Alors que l'on observe depuis quelques années un relatif repli de la globalisation financière – manifestation parmi d'autres d'une mutation, sinon d'un reflux, de la mondialisation – quelles sont les perspectives offertes par une « relocalisation » de la finance, misant sur les « circuits courts » de l'argent ? Comment canaliser l'épargne vers des projets et des investissements dont la rentabilité est considérée comme trop lointaine ou incertaine par les acteurs financiers traditionnels ? En un mot, comment financer un développement territorial plus inclusif et plus durable ? ★



Directrice de publication,  
directrice de l'ihédate :

**Sandra Moatti**

Rédactrice en chef :

**Sophie Knapp**

Conception graphique  
et direction artistique :

**Nathalie Kuntz**

Directrice adjointe en charge  
des relations institutionnelles  
et de l'animation des réseaux :

**Nathalie Leroux**

Coordination logistique  
et secrétariat pédagogique :

**Anne Mattioli**

Remerciements :

Martin Hirsch, Didier tabuteau,  
Alexandre Feltz, Marie-Anne Mazoyer,  
Aurélien Rousseau,  
Charlotte Marchandise Franquet,  
Julien Damon, Willy Allègre,  
Jacques-François Marchandise.

Imprimé en France :

**Delta Communication impression**

02 32 26 45 44

[www.deltacom-imprimexpress.com](http://www.deltacom-imprimexpress.com)

ISSN 2650-0132



22 - 28 rue Joubert - 75009 Paris

01 55 04 05 00





# À l'année prochaine

LONDRES, MISSION D'ÉTUDE 2019

© Sophie Krüpp

## Les partenaires

