

RAPPORT
D'ÉVALUATION PRS 2
— AXE 5

TABLE DES MATIERES

Table des matières	2
Liste des sigles	4
Résumé exécutif	6
Préambule Évaluer la santé publique	9
Introduction Évaluer l'axe 5 du PRS 2	11
Rappel des objectifs et du contenu de l'axe 5	12
Parti pris évaluatif	21
Présentation des matériaux analytiques et empiriques du rapport	34
Annonce du plan	40
PARTIE 1 Connaissances, reconnaissance et usages du PRS 2 par les acteurs de la santé publique	41
L'axe 5 au sein de l' ARS	41
Le PRS 2 parle-t-il aux acteurs de santé publique du territoire ?	55
Conclusion : un document à cheval entre le plan d'orientations stratégiques et le plan d'action	59
PARTIE 2 La diffusion de nouvelles thématiques de santé publique. L'exemple de l'aide alimentaire	63
Etat des lieux et diffusion de la thématique de l'aide alimentaire	63
Autres aspects de la diffusion des enjeux de santé publique sur les territoires	82
Conclusion : enrôler les partenaires et les agents pour une meilleure diffusion des thématiques de la santé publique	85
PARTIE 3 Partenaires locaux : animer un réseau territorial de santé publique	86
Le rôle essentiel de l'ARS dans la coordination des acteurs de santé publique sur les territoires	87
L'action des collectivités territoriales. L'exemple de la déclinaison locale du PNNS	90
Les modalités d'action de l'ARS pour la coordination territoriale	99
Conclusion : l'ARS acteur capital des réseaux locaux de santé publique	112
PARTIE 4 Les faibles crédits de la santé publique à l'ARS	114
La santé publique à l'ARS	114
Le déploiement de l'axe 5 a-t-il contribué au renforcement des capacités internes de l'ARS en matière de santé publique ?	123
La crise de la Covid-19 révélatrice des capacités internes des équipes de santé publique de l'ARS	127
Conclusion : les agents de santé publique, acteurs clés de la gestion de la crise de la Covid-19	131

PARTIE 5 Recommandations	132
CONCLUSION GÉNÉRALE	138
Bibliographie	143
ANNEXES	147
Annexe 1	148
Résumé du rapport « Les politiques locales de santé », 2020	148
Annexe 2	163
Résumé du rapport « Promouvoir la santé publique », 2021	163
Annexe 3	172
Résumé du mémoire « Contraindre, inciter ou diffuser ? La territorialisation de la politique nutritionnelle, Jacquot C., 2021	172
Annexe 4	181
Liste des entretiens menés	181

LISTE DES SIGLES

ABENA : Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire
ACT : Appartements de coordination thérapeutique
ADEME : Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie
ALD : Affection de longue durée
AMI SEAD : Appel à manifestation d'intérêt santé, environnement aménagement durable
ARS : Agence régionale de santé
ASV : Atelier santé ville
ANRU : Agence nationale pour la rénovation urbaine
ANSA : Agence nouvelle des solidarités actives
CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CCAS : Centre communal d'action sociale
CDOS : Comité départemental olympique et sportif
CeGIDD : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic
CHU : Centre hospitalier universitaire
CLS : Contrat local de santé
CLSM : Conseil local de santé mentale
CMS : Centre municipal de santé
CNFPT : Centre national de la fonction publique territoriale
COMEX : Comité exécutif
COPIL : Comité de pilotage
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CRSA : Conférence régionale de santé et de l'autonomie d'Île-de-France
CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
DGS : Direction générale de la santé
DRIAAF : Direction régionale et interdépartementale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt
DSP : Direction de la santé publique
EIS : Études d'évaluation des impacts sur la santé

Version du 20 juin 2022

EPCI : Établissement public de coopération intercommunale
EPT : Établissement public territorial
EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EHESP : École des hautes études en santé publique
FIR : Fonds d'intervention régional
HAS : Haute autorité de santé
HCSP : Haut conseil de la santé publique
IDH-2 : Indicateur de développement humain calculé à l'échelle régionale
LHSS : Lits halte soins santé
OMS : Organisation mondiale de la santé
PNNS : Programme national nutrition santé
PPS : Prévention et promotion de la santé
PRS : Plan régional de santé
PRSE : Programme régional santé environnement
QPV : Quartier prioritaire de la politique de la ville
SFSP : Société française de santé publique
UFS : Urbanisme favorable à la santé
UHT : Ultra haute température
VIF : Vivons en forme

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Ce rapport d'évaluation de l'axe 5 du PRS 2 de l'ARS Île-de-France porte sur la diffusion et la mise en œuvre des trois caps stratégiques qui structurent cet axe de la santé publique au sein du projet régional de santé à savoir :

- La diffusion institutionnelle et politique des enjeux de la santé publique
- Le déploiement et la consolidation des réseaux locaux de santé publique
- Le renforcement des capacités internes de l'ARS en matière de santé publique

Ce rapport d'évaluation analyse les éléments qui ont freiné ou qui ont encouragé le déploiement de ces stratégies d'intervention sur la période 2018-2021. Pour ce faire, nous avons collecté des données à trois niveaux principaux d'enquête : celui de l'ARS, celui des collectivités territoriales et celui des opérateurs locaux de santé publique (association, CLS, coopérative d'acteurs, etc.). Nous avons opté pour un recueil de données reposant sur une méthodologie mixte qui allie aux méthodes qualitatives (109 entretiens, 9 monographies) des méthodes quantitatives (traitements statistiques des réponses de 102 collectivités territoriales à un questionnaire administré). L'analyse de ces données s'appuie sur des outils analytiques de science politique et de sociologie. Conformément aux principes généraux de l'évaluation du PRS 2 fixés avec l'ARS, il a été convenu qu'une action structurante et emblématique serait retenue pour l'évaluation de l'axe 5, celle de la nutrition et de l'aide alimentaire.

Dans la partie 1 de ce rapport, nous avons conclu que l'appropriation en elle-même du projet régional de santé par les agents de l'ARS était un élément déterminant de leur utilisation des documents du PRS 2 et *in fine* du déploiement d'actions s'inscrivant dans la lignée de leurs orientations stratégiques en matière de santé publique. Nous avons soulevé qu'il existait en ce sens un décalage entre l'important travail collectif de rédaction de l'axe 5 du PRS 2 au sein de l'ARS et l'animation qui en a été faite suite à sa publicisation en interne (manque de communication au sujet du contenu de cet axe, absence de suivi concernant sa mise en œuvre et faible évaluation continue des actions menées). La plupart des agents des départements PPS en délégations départementales de l'ARS jugent l'axe 5 du PRS 2 comme n'étant pas opérationnel. Nous avons montré aussi que les orientations stratégiques dressées par l'axe 5 ne sont pas toutes reconnues comme prioritaires par ces mêmes agents. Les priorités de santé publique restent en effet guidées en premier lieu par les besoins du territoire, c'est-à-dire ceux exprimés par les partenaires locaux de ces délégations départementales. En ce sens, nous avons conclu que l'axe 5 du PRS 2 se situait à cheval entre un plan stratégique et un plan d'action, guidant partiellement l'action des agents de l'ARS sur ces deux tableaux. Cependant, malgré l'absence de pilotage et le manque d'opérationnalisation de l'axe 5, de nombreuses actions s'inscrivant dans les axes stratégiques de celui-ci ont pu être menées par les agents de l'ARS et leurs partenaires sur le terrain.

Pour analyser les éléments qui ont pu freiner la diffusion de nouvelles thématiques de santé publique auprès des acteurs locaux de santé nous avons centré la partie 2 sur l'étude de la diffusion des « nouvelles » thématiques de l'aide alimentaire et de l'insécurité alimentaire. Cette analyse permet

Version du 20 juin 2022

d'expliciter le rôle capital des agents en délégations départementales quant à la mobilisation ou non de partenaires de santé publique sur les territoires. Ces agents constituent un relai fondamental entre les acteurs locaux de la santé publique et le siège régional de l'ARS. Leur enrôlement dans la diffusion de nouvelles thématiques de santé apparaît donc comme primordial, ce qui ne semble pas avoir été suffisamment pris en compte dans le cas de la diffusion de la thématique de l'insécurité alimentaire. D'autres éléments freinant la diffusion des nouvelles thématiques de santé publique sont aussi soulignés dans cette partie : les territoires qui font face à des déserts médicaux, le faible maillage de partenaires locaux compétents sur ces nouveaux sujets ou les acteurs qui se sentent peu concernés par les thématiques mises en avant dans le PRS 2 de l'ARS.

Dans la partie 3, le rapport montre que le degré de développement et la stabilité des réseaux locaux de santé sont des critères centraux pour évaluer la continuité et l'efficacité des actions menées en termes de santé publique. Il a ainsi été démontré que les communes qui construisent leurs politiques de santé publique sur création et la consolidation de tels réseaux d'acteurs mènent une action publique en la matière plus efficace et plus résiliente que celles qui optent pour un développement par projets. L'ARS et ses délégations départementales jouent un rôle capital dans la création et dans l'animation de ces réseaux locaux de santé publique, rôle par ailleurs reconnu et apprécié par les acteurs territoriaux enquêtés. En région Île-de-France les collectivités territoriales s'emparent de manière très disparate des sujets liées à la santé publique, que cela soit en termes d'activités menées ou non ou s'agissant de la nature de ces activités (moyens mis en œuvre, nature des solutions apportées, etc.). Les ressorts de l'action des collectivités territoriales en termes de santé publique dépendent de plusieurs facteurs explicités dans le rapport : la taille de la commune, son revenu médian, son historique politique, ses ressources humaines, etc. L'analyse approfondie dans cette partie des déclinaisons locales des mesures du PNNS révèle que malgré une forte disparité entre les collectivités territoriales quant à la teneur et à l'ampleur des actions de nutrition mises en œuvre, on observe aussi des éléments convergents au sein de ces politiques territoriales comme la problématisation effectuée des problèmes de santé publique et les solutions préconisées pour y remédier. Cette convergence existe grâce à la diffusion de référentiels communs, qui permettent aux différents acteurs de partager un vocabulaire, des concepts communs et des représentations communes de la problématique et des moyens les plus adaptés pour y répondre. Cette diffusion de référentiels communs s'opère dans de multiples espaces d'interactions en partie animés par les agents de l'ARS, tels que les réunions de CLS, les formations gratuites, les campagnes de financement ou les temps d'évaluation des programmes mis en œuvre. L'ARS possède ainsi plusieurs modalités d'action pour mener à bien ce travail de cohérence et de coordination entre les acteurs de la santé publique sur les territoires. Nous en avons analysé quatre dans ce rapport : la contractualisation avec des partenaires locaux (exemple développé des CLS), le financement des partenaires par appels à projets, la labellisation de programmes d'actions (exemple développé de la charte Villes Actives du PNNS) et l'appel à manifestation d'intérêts (exemple développé des AMI SEAD).

Malgré une reconnaissance à la fois scientifique, politique et institutionnelle des déterminants sociaux et environnementaux de la santé des populations, nous avons montré dans la quatrième

partie de ce rapport que la santé publique est un champ encore dominé au sein de l'ARS. Au manque de ressources budgétaires et humaines s'ajoute dans certaines délégations départementales une dévalorisation interne du travail effectué par les agents en santé publique. Le déploiement de l'axe 5 du PRS 2 et la diffusion de nouvelles thématiques de santé (en particulier celle de l'EIS) aura été l'occasion de nouvelles collaborations au sein de l'ARS entre des agents issus de la santé publique et d'autres issus de l'offre de soin. Ces collaborations permettent la diffusion au sein de l'Agence d'une reconnaissance des enjeux de la santé publique. Cependant ces nouvelles collaborations se situent majoritairement au siège de l'ARS et non dans ses délégations départementales. Par ailleurs le besoin de formation en interne de tous les agents aux nouvelles thématiques de santé publique est un élément récurrent de nos enquêtes.

La gestion de la crise de la Covid-19 a été révélatrice de cette situation à plusieurs égards avec une prise en charge essentiellement clinique de la crise sanitaire, une mise en retrait des activités de la santé publique ou encore une faible reconnaissance des compétences des départements PPS en matière de prévention ou de gestion de campagnes de vaccination. Cependant, pour certains agents en santé publique enquêtés la crise de la Covid-19 aura cependant été l'occasion de mettre en lumière leurs actions, et ce même si l'appel au service des départements de prévention et de promotion de la santé ne s'est effectué que tardivement. Ces départements ont été particulièrement sollicités pour mobiliser leurs réseaux de partenaires locaux. Il s'agissait alors pour l'ARS de renforcer le dialogue et la coordination avec des acteurs sur le terrain capables d'agir directement auprès des populations en matière de prévention, voire de cibler leur intervention sur certains publics cibles. La connaissance et leur accès aux réseaux locaux d'acteurs de santé ont fait des départements PPS en délégations départementales des acteurs clés dans la gestion de la crise de la Covid-19.

Un certain nombre de recommandations sont émises au sein de ce rapport d'évaluation. Ces recommandations peuvent servir trois propos : fournir une source d'informations sur de possibles leviers d'amélioration de l'action en santé publique de l'ARS, proposer à ses agents les bases d'une discussion réflexive sur les actions menées sur le sujet ou encore aider à la conception et à la rédaction de programmes futurs de santé publique. Ces recommandations sont les suivantes :

- Opérationnaliser davantage les projets régionaux de santé concernant les questions de santé publique ou bien de trancher en faveur d'un document purement stratégique qu'il conviendrait dès lors d'animer davantage en interne.
- Prendre en compte l'enrôlement des agents en délégations départementales comme un élément capital de la diffusion de nouvelles thématiques de santé publique sur les territoires.
- Encourager les modalités d'action de l'ARS qui renforcent la mise en réseau des acteurs et la diffusion de référentiels communs de santé publique, éléments garants de la cohérence territoriale de l'action publique menée en la matière.
- Renforcer les capacités internes de l'ARS en santé publique par l'organisation de plus de formations transversales au niveau des délégations départementales et par la valorisation accrue du travail d'animation des réseaux locaux de santé, travail effectué par les agents des départements PPS. Ce travail est en effet une composante essentielle de « l'accès au

territoire » de l'ARS et de l'image de l'ARS véhiculée sur ces territoires. Ces deux éléments se sont avérés être capitaux dans la gestion de la crise sanitaire de la Covid-19.

- Faire circuler en interne un bilan concernant le déploiement et les actions menées dans le cadre du PRS 2 et en particulier de son axe 5.
- Intégrer à la rédaction des futurs programmes régionaux, dont par exemple le PRS 3, une première réflexion sur l'évaluation des actions promues en matière de santé publique, afin notamment d'en faciliter le pilotage a posteriori.

PRÉAMBULE

ÉVALUER LA SANTÉ PUBLIQUE

Parmi les évaluations de politiques publiques, celles des politiques de santé publique s'avèrent souvent des plus compliquées. Les programmes de santé publique se composent en effet généralement d'objectifs globaux difficilement évaluables ou seulement à long terme, notamment en raison d'un manque d'indicateurs capables de capter les retombées de l'action publique menée¹. La Cour des comptes estime ainsi que pour apprécier les effets des actions de santé publique, l'évaluation doit porter sur des actions ayant été menées sur un temps long d'au moins 8 à 10 ans². La nature transversale des questions de santé publique ajoute à la difficulté de construire des indicateurs précis et pertinents permettant de mesurer l'action publique et son impact sur la santé des populations. Ce « hiatus » entre l'espace des méthodes d'évaluation et celui des politiques de santé publique en quête d'évaluation constitue un défi majeur dans l'évaluation de ces politiques³.

En conséquence, nous avons fait le choix de ne pas réduire l'évaluation des objectifs de santé publique de l'axe 5 du PRS 2 à un ensemble d'indicateurs et d'objectifs atteints ou non. Nous avons préféré opter pour une approche pluraliste du travail évaluatif. L'enjeu a ainsi été de trouver des axes d'évaluation pertinents au-delà de l'évaluation stricte des objectifs mentionnés par les documents du PRS 2. C'est dans cet état d'esprit que nous nous sommes attelés à la tâche de l'évaluation de l'axe 5 du second projet régional de santé de l'ARS Île-de-France.

Le présent rapport est le fruit d'une recherche évaluative et non d'une démarche d'évaluation normative⁴. Il est composé d'un diagnostic détaillé et argumenté de la mise en œuvre du projet régional de santé de l'ARS en matière de santé publique. Il vise à fournir aux agents de l'ARS un ensemble d'observations et d'analyses sur le déploiement de leurs actions en termes de prévention et de promotion de la santé. Il permet aussi d'établir un lien entre « les préoccupations institutionnelles du travail concret d'évaluation et les savoirs académiques produits en sciences sociales »⁵. Ainsi, cette « étude à portée évaluative »⁶ a été construite selon une méthodologie

¹ Nicolas, C. (2004). Poursuivre une politique régionale de santé. *Actualité et dossier en santé publique*, (46), 61-64.

² Les critères d'« évaluabilité » des politiques de santé publique établis par la Cour des comptes *in* Brunner, N., Lucioli, E., Netter, P., Lefas, P., Vallet, B., Binder, P., & Durrleman, A. (2019). L'évaluation des politiques de santé publique. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 203 (6), 449-456.

³ Bunel, M., & L'Horty, Y. (2011). Pourquoi est-il si difficile d'évaluer les politiques publiques ? *Reflets et perspectives de la vie économique*, 50 (1), 23-31.

⁴ Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Denis, J. L., & Avargues, M. C. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 48 (6), 517-39.

⁵ Benamouzig, D. (2010). L'évaluation des aspects sociaux en santé. *Revue française des affaires sociales*, (1), p.189.

⁶ Duran, P. (2010). L'évaluation des politiques publiques : une résistible obligation. *Revue française des affaires sociales*, (1), 5-24.

scientifique et une mobilisation de la littérature académique, dans une perspective pratique, celle de fournir aux agents de l'ARS un diagnostic du déploiement de l'axe 5 du PRS 2. Dans cette perspective d'action, ce rapport d'évaluation peut constituer :

- Une source d'informations sur les actions et les pratiques des acteurs de la santé publique en Île-de-France, qu'il s'agisse des agents de l'ARS ou de ses partenaires locaux,
- Une base de discussion pour les agents de l'ARS au sujet de leurs stratégies et de leurs interventions en matière de santé publique,
- Une aide à la prise de décision et à l'élaboration de plans futurs en matière de santé publique, notamment du PRS 3.

Pour résumer, cette évaluation de l'axe 5, en tant qu'outil de production de connaissances sur le déploiement de certains enjeux de santé publique du projet régional de santé en région Île-de-France, est la transcription d'une pratique de recherche dans une perspective d'action.

INTRODUCTION

ÉVALUER L'AXE 5 DU PRS 2

Pour mener à bien l'évaluation de son Projet Régional de Santé 2 (PRS 2) s'étalant sur la période 2018-2022, l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Île-de-France a mandaté la Chaire Santé de Sciences Po Paris. Le consortium de chercheurs, de professionnels et d'étudiants constitué par la Chaire santé a ainsi travaillé plusieurs années sur l'évaluation de la mise en œuvre des différents axes thématiques et transversaux du projet régional de santé. Au sein de ce consortium, une équipe a travaillé en particulier à l'évaluation de l'axe 5 du PRS 2 intitulé « Inscrire la santé dans toutes les politiques ». Cette équipe était constituée des chercheurs Daniel Benamouzig et Patrick Hassenteufel, de la post-doctorante Jeanne Pahun, de la doctorante Clara Jacquot et de plusieurs groupes d'étudiants du Master Stratégies Territoriales et Urbaines de l'école d'urbanisme de Sciences Po Paris, groupes supervisés par les chercheurs Ethienne Nouguez et Clément Boisseuil. Le présent rapport est le fruit de ce travail collectif. Il dresse un diagnostic du déploiement et de la mise en œuvre de l'axe 5 du PRS 2.

L'axe 5 est parfois appelé dans un abus de langage l'axe de la santé publique du PRS 2. Cependant il faut rappeler que d'une part celui-ci n'aborde qu'une partie des thématiques de santé publique traitées par l'ARS et que les enjeux de vaccination, d'addiction ou de santé sexuelle par exemple n'y sont que marginalement abordés alors qu'ils constituent des champs d'action majeurs pour les départements de prévention et de promotion de la santé de l'ARS. D'autre part, l'axe 5 du PRS 2 n'est pas le seul à traiter des questions de santé publique et des thématiques comme la prévention ou d'éducation à la santé apparaissent dans d'autres axes du projet régional. Ainsi, comme le rappelle un agent de l'Agence au siège : « *Quelque chose qui a été réussi dans ce PRS 2 (mais qui malheureusement n'a pas pu être mis en œuvre), c'est la transversalité entre les axes* »⁷. Ainsi, si l'axe 5 du PRS 2 est entièrement consacré à des enjeux de santé publique, l'action de l'ARS en matière de santé publique ne se limite pas à celui-ci. En ce sens, la présente évaluation de l'axe 5 du PRS 2 ne saurait rendre compte de l'action globale déployée par l'ARS en matière de prévention et de promotion de la santé. De plus le parti pris évaluatif de ce rapport a été de se concentrer en particulier sur les enjeux de nutrition et d'insécurité alimentaire afin de dégager des enseignements plus précis concernant ces thématiques de santé publique.

La présente évaluation de l'axe 5 porte sur la diffusion et la mise en œuvre des trois caps stratégiques qui structure cet axe de la santé publique au sein du PRS 2, à savoir :

- La diffusion institutionnelle et politique des enjeux de la santé publique ;
- Le déploiement et consolidation des réseaux locaux de santé publique ; et
- Le renforcement des capacités internes de l'ARS en matière de plaidoyer

⁷ Entretien avec un agent du siège de l'ARS, Direction de la promotion de la santé et de la réduction des inégalités, le 28/10/2021.

Dans ce cadre nous avons analysé le déploiement des nombreuses actions conduites par l'Agence régionale de santé, en particulier donc celles relevant de la thématique de la nutrition, et les conditions de leur mise en œuvre. L'objectif de ce rapport d'évaluation est de fournir aux agents de l'ARS un diagnostic approfondi sur la pertinence de leur projet régional de santé en matière de santé publique et de venir nourrir les réflexions sur l'élaboration des programmes futurs de l'Agence.

RAPPEL DES OBJECTIFS ET DU CONTENU DE L'AXE 5

Le Projet régional de santé pour l'Île-de-France est composé de trois documents détaillant plus ou moins longuement les enjeux de l'axe 5 :

- Le **Cadre d'orientation stratégique 2018-2027**,
Améliorons la santé des Franciliens — Horizon 2027, ARS IDF, septembre 2018, 34 p.
→ Présentation de l'axe 5 en deux pages
- Le **Schéma régional de santé 2018-2022**,
Améliorons la santé des Franciliens — Plan d'action 2018-2022, ARS IDF, juillet 2018, 351 p.
→ Présentation de l'axe 5 en 15 pages
- Le **Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies 2018-2022**,
Améliorons la santé des Franciliens - Accompagnement des plus démunis, ARS IDF, septembre 2018, 61 p.
→ pas de mention à l'axe 5

L'axe 5 du PRS 2 de l'ARS Île-de-France est présenté de manière détaillée dans le Plan d'action 2018-2022 du Schéma régional de Santé de la page 65 à la page 79⁸. Il s'intitule « Inscrire la santé dans toutes les politiques » et est constitué de trois parties : une introduction, une liste de six objectifs et un plan d'actions prioritaires.

L'introduction est constituée d'un rappel des résultats prévus par le cadre d'orientation stratégique à 10 ans en matière de santé des populations dans la région. Elle souligne en particulier l'objectif de prise en compte systématique des enjeux sanitaires et des enjeux d'équité en santé dans les politiques et les grands projets franciliens. L'action de plaidoyer est présentée comme l'outil principal à disposition de l'ARS pour atteindre cet objectif.



⁸ *Améliorons la santé des franciliens*, Schéma régional de santé d'Île-de-France 2018-2022, ARS Île-de-France, juillet 2018, 351 p.

L'axe 5 présente ensuite la liste des six objectifs que l'ARS Île-de-France se fixe en matière de santé publique à l'horizon 2022 :

- Avoir augmenté le nombre de politiques publiques ayant inscrit sur l'agenda politique un ou plusieurs axes ayant intégré la santé au sens large.
- Avoir augmenté la part des services dans l'offre médico-sociale proposant un accompagnement dans le milieu ordinaire.
- Avoir doublé la part des contrats de ville qui disposent d'une « clause santé » dans au moins deux des trois piliers.
- Avoir doublé le nombre de contrats locaux de santé comprenant des actions spécifiques de promotion de l'activité physique et sportive avec un accès prioritaire aux populations vulnérables.
- Introduire dans 30 % des CLS un volet insécurité alimentaire dans l'axe nutrition.
- Avoir quadruplé, en passant de 5 à 20, le nombre de collectivités et d'aménageurs intégrant une ou plusieurs démarches sur la prise en compte de la santé dans l'aménagement du territoire.

Dans le schéma régional de santé, ces objectifs sont listés les uns à la suite des autres. Les modalités nécessaires à leur réalisation ne sont pas indiquées. Une note de bas de page mentionne toutefois la réalisation future d'une annexe statistique prévue pour l'automne 2018 visant à préciser les indicateurs et les cibles liés à ces objectifs. Ces informations ont finalement été rendues publiques en janvier 2020⁹ dans une présentation intitulée « Indicateurs de suivi du PRS »¹⁰. Cette présentation compile les différents indicateurs construits par les directions métiers de l'ARS pour assurer le suivi des 35 objectifs du PRS 2. Pour chacun de ces objectifs, le document présente ainsi une situation de référence, les modalités de calculs qui précisent comment a été élaborée cette situation à T0 et la cible temporelle de réalisation. Face à l'impossibilité de recueillir ces informations pour un des 35 objectifs du PRS 2, l'ARS a décidé de supprimer l'un d'entre eux, celui d'« avoir doublé la part des contrats de ville qui disposent d'une clause santé dans au moins deux des trois piliers », soit l'un des six objectifs de l'axe 5.

Nous fournissons dans le tableau suivant (Tableau n° 1) les indicateurs retenus pour les cinq autres objectifs de l'axe 5, ainsi qu'un ensemble de commentaires concernant le travail d'évaluation pouvant être mené par un organisme extérieur à l'ARS.

⁹ La présentation tardive de ces indicateurs de suivi est le résultat de plusieurs retards accumulés par les services de l'ARS et expliqués dans le document

¹⁰ Présentation « Indicateurs de suivi du PRS », ARS, janvier 2020.

Objectifs de l'axe 5	T0 2018	T1 2019	Cible 2022	Commentaires de l'évaluateur
<ul style="list-style-type: none"> • Avoir augmenté le nombre de politiques publiques ayant inscrit sur l'agenda politique un ou plusieurs axes ayant intégré la santé au sens large. 	1	1	5	Ici, le terme de politique publique est entendu dans un sens restreint des grands plans d'aménagement et d'urbanisme intercommunaux. Les politiques publiques locales élaborées par des collectivités territoriales ne semblent pas relever de cet indicateur.
<ul style="list-style-type: none"> • Avoir augmenté la part des services dans l'offre médico-sociale proposant un accompagnement dans le milieu ordinaire. 	25 %	26 %	50 %	Ces calculs, établis par l'ARS, reposent sur les bases de données dont disposent les directions métiers de l'Agence. Le suivi de cet objectif relève ainsi davantage du suivi interne du PRS 2 mené par l'ARS que de celui pouvant être mené par un organisme extérieur.
<ul style="list-style-type: none"> • Avoir doublé la part des contrats de ville qui disposent d'une « clause santé » dans au moins deux des trois piliers. 				En l'absence d'information disponible, cet objectif et les indicateurs de résultat associés ont été abandonnés par l'ARS. De plus, dans le contexte de crise sanitaire de la Covid-19, beaucoup de collectivités urbaines ont prolongé leur contrat de ville jusqu'en 2022.
<ul style="list-style-type: none"> • Avoir doublé le nombre de contrats locaux de santé comprenant des actions spécifiques de promotion de l'activité physique et sportive avec un accès prioritaire aux populations vulnérables. 	40 / 63 CLS actifs	40	60	En raison de la survenue de la crise sanitaire en 2020 et de son prolongement jusqu'en 2022, beaucoup de collectivités territoriales ont fait le choix de prolonger leurs CLS jusqu'à la fin de l'année 2022. La période d'évaluation du PRS 2 ne couvre donc pas celle du renouvellement des CLS, rendant impossible l'évaluation de cet objectif.

Objectifs de l'axe 5	T0 2018	T1 2019	Cible 2022	Commentaires de l'évaluateur
<ul style="list-style-type: none"> Introduire dans 30 % des CLS un volet insécurité alimentaire dans l'axe nutrition. 	N/A	N/A	30 %	En raison de la survenue de la crise sanitaire en 2020 et de son prolongement jusqu'en 2022, beaucoup de collectivités territoriales ont fait le choix de prolonger leurs CLS jusqu'à la fin de l'année 2022. La période d'évaluation du PRS 2 ne couvre donc pas celle du renouvellement des CLS, rendant impossible l'évaluation de cet objectif.
<ul style="list-style-type: none"> Avoir quadruplé, en passant de 5 à 20, le nombre de collectivités et d'aménageurs intégrant une ou plusieurs démarches sur la prise en compte de la santé dans l'aménagement du territoire. 	5	9	20	Ces calculs, établis par l'ARS, reposent sur les bases de données dont disposent les directions métiers de l'Agence. Le suivi de cet objectif relève ainsi davantage du suivi interne du PRS 2 mené par l'ARS que de celui pouvant être mené par un organisme extérieur.

Tableau 1. Indicateurs évaluatifs des objectifs de l'axe 5. Source : Présentation « Indicateurs de suivi du PRS », ARS, janvier 2020.

Le schéma régional de santé poursuit sa présentation de l'axe 5 par la description d'un « plan d'action » reposant sur cinq actions prioritaires. Pour chaque action prioritaire retenue, le document décrit les éléments suivants : la finalité de l'action, la stratégie d'intervention, le lien avec d'autres éléments du PRS 2 et le lien avec d'autres plans ou programmes régionaux de santé. Pour trois des cinq thématiques prioritaires, une liste de quelques exemples d'actions vient compléter la description. Dans le tableau suivant (Tableau n° 2), nous avons compilé l'ensemble des intitulés des actions prioritaires de l'axe 5, leur finalité, c'est-à-dire la logique d'action dans laquelle elles s'inscrivent et les stratégies d'intervention retenues pour les mettre en œuvre. Notons que le schéma régional de santé ne présente pas les choses de cette manière et qu'il s'agit donc ici d'une première construction analytique visant à synthétiser et à mettre en regard les stratégies d'action principales déployées au sein de l'axe 5 du PRS 2.

Actions prioritaires de l'axe 5¹¹	Finalité de l'action	Stratégie d'intervention ciblée
<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre une stratégie de plaidoyer en faveur de la santé globale. 	<p>Contribuer à un débat permettant de faire évoluer les politiques publiques ou les grandes interventions collectives dans un sens favorable à l'équité en santé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Former des agents de l'ARS aux actions de plaidoyers. • Mener des campagnes de plaidoyers (ex. : reconnaissance de la santé environnementale ou de l'urbanisme favorable à l'équité en santé). • Renforcer le travail partenarial avec les collectivités et autres acteurs régionaux pour une meilleure prise en compte des thématiques de santé publique dans les politiques locales.
<ul style="list-style-type: none"> • Créer les conditions d'habitat, de logement et d'hébergement favorables à la santé des publics les plus fragiles. 	<p>Déclencher un travail partenarial visant à ce que les collectivités et les bailleurs tiennent compte des enjeux de santé dans leur politique du logement et d'habitat.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mener des campagnes de plaidoyers (ex. : développement de l'habitat inclusif, solution pour les femmes sans domicile fixe sortant de maternité, lutte contre l'habitat indigne). • Renforcer le travail partenarial avec les acteurs du logement afin de développer l'offre d'habitat inclusif. • Renforcer les liens entre bailleurs et CLSM. • Renforcer et étendre le dispositif d'accueil des femmes enceintes ou sortant de maternité sans hébergement. • Assurer le suivi sanitaire et social des populations parmi les plus précaires pour lutter contre l'habitat indigne.
<ul style="list-style-type: none"> • Généraliser les démarches d'intégration de la santé dans l'urbanisme et l'aménagement dans le contexte du Grand Paris. 	<p>Que les dynamiques d'aménagement urbain du Grand Paris soient contributives à la réduction des écarts sociaux en santé et tiennent compte des besoins des</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Structurer une communauté de réflexion accueillant les professionnels de la santé et de l'aménagement du territoire autour d'un urbanisme favorable à l'équité en santé. • Mener des campagnes de plaidoyers (ex. : reconnaissance des liens entre aménagement du territoire et équité en santé). • Mener des appels à projets ciblant des actions de promotion et d'éducation à la santé,

¹¹ Fournies dans le *Schéma régional de santé*, ARS Île-de-France, juillet 2018, 351 p.

	populations impactées.	notamment dans le cadre des projets de renouvellement urbain ANRU 2.
Actions prioritaires de l'axe 5¹²	Finalité de l'action	Stratégie d'intervention ciblée
<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la prise en compte des enjeux de santé dans la politique de la ville. 	Faire évoluer les contrats de ville vers une meilleure prise en compte des enjeux de santé publique.	<ul style="list-style-type: none"> • Mener des campagnes de plaidoyers (ex. : rôle des collectivités territoriales dans la promotion de la santé). • Sensibiliser les élus et les directions générales des collectivités territoriales aux démarches et dispositifs existants. • Pérenniser le réseau existant, notamment les coordonnateurs d'ASV et de CLS. • Favoriser le déploiement des CLSM dans les quartiers prioritaires politiques de la ville.
<ul style="list-style-type: none"> • Créer les conditions favorables à la pratique d'activité physique et faciliter l'accès à une alimentation saine et suffisante. 	En mobilisant les acteurs locaux des politiques publiques, développer la pratique d'activités physiques et sportives comme facteur de santé et réduire l'insécurité alimentaire des ménages.	<ul style="list-style-type: none"> • Mener des campagnes de plaidoyers (ex. : restauration scolaire pour tous, inscription de l'insécurité alimentaire à l'agenda politique). • Renforcer les capacités des acteurs locaux en charge du déploiement de l'activité physique. • Mettre à disposition pour les acteurs intervenant auprès des publics en difficulté des outils pour améliorer le repérage et l'orientation des ménages en insécurité alimentaire.

Tableau 2. Actions prioritaires de l'axe 5. Source : Schéma régional de santé d'Île-de-France 2018-2022, ARS Ile de France, juillet 2018.

D'autres éléments disséminés dans le reste du schéma régional de santé viennent compléter la présentation de l'axe 5 du PRS 2. De nouvelles actions sont ainsi mentionnées dans les parties suivantes du document, comme celle de l'inscription de la lutte contre les conduites addictives dans les projets d'insertion sociale des personnes en situation de précarité ou celle du renforcement visé de l'implication des municipalités dans la lutte contre le tabac¹³. Certaines modalités d'action sont aussi précisées ou enrichies de nouveaux impératifs, comme celui par exemple de développer une approche genrée au sein des actions de plaidoyers en matière de santé publique : « Les stratégies

¹² Fournies dans le *Schéma régional de santé*, ARS Île-de-France, juillet 2018, 351 p.

¹³ Schéma régional de santé d'Île-de-France 2018-2022, ARS Île-de-France, juillet 2018, p.308 et p.140.

de plaidoyer (Axe 5) dans le champ de la santé au travail devront comporter une dimension genrée »¹⁴.

Enfin, nous rappelons que l'axe 5 n'est pas la seule partie du PRS 2 à aborder les thématiques de la santé publique. Les thématiques portant sur la périnatalité et la santé du jeune enfant, celles liées à la santé des adolescents, à la santé mentale, à la prévention des cancers ou des maladies chroniques cardio-métaboliques, apparaissent par exemple à de nombreuses reprises dans le schéma régional de santé sans être spécifiquement articulées à l'axe 5. La troisième partie de ce document liste ainsi un ensemble de thématiques de santé décrites comme prioritaires et pour lesquelles il est détaillé une situation de base, des objectifs à atteindre et des stratégies d'intervention. Sur la thématique des cancers par exemple, il est indiqué que les agents de l'ARS doivent œuvrer à :

*Réduire les facteurs de risque de cancers, en premier lieu le tabac. Les autres axes de prévention d'un cancer doivent également être renforcés (consommation à risque d'alcool, mauvais équilibre nutritionnel, vaccination contre l'hépatite B et le papillomavirus), améliorer le repérage, le dépistage et le traitement des personnes touchées par le VHC, prévenir le mélanome et les cancers de la peau, renforcer la coordination des politiques publiques pour réduire le risque de cancer lié aux expositions professionnelle et environnementale en articulation avec le PNRT et le PNRE.*¹⁵

Ces différents points relèvent du portefeuille d'actions des départements de l'ARS dédiés à la santé publique. Ils ne sont cependant pas articulés à l'axe 5 sur lequel porte ce présent rapport d'évaluation. Ainsi, nous rappelons que l'évaluation de cet axe ne saurait se confondre avec l'évaluation générale des actions relevant de la santé publique au sein du PRS 2.

Nous nous penchons maintenant sur l'autre document du PRS 2 présentant des informations sur l'axe 5 : le cadre d'orientation stratégique¹⁶. Ce document présente en deux pages, le contexte, les enjeux, les résultats attendus à 10 ans et les actions prioritaires qui devront être déployées dans ce cadre. Cependant, les actions prioritaires de l'axe 5 listées dans le cadre d'orientation stratégique sorti en septembre 2018 diffèrent de celles présentées dans le schéma régional de santé paru en juillet 2018. Ce plan d'action « alternatif » est par ailleurs celui qui a été retenu dans le dossier de presse¹⁷ de présentation du projet régional de santé d'Île-de-France et dans certains articles¹⁸ de présentation de celui-ci sur le site internet de l'ARS Île-de-France. Les actions prioritaires de l'axe 5 mentionnées dans ce cadre d'orientation stratégique du PRS 2 sont les suivantes :

¹⁴ Schéma régional de santé d'Île-de-France 2018-2022, ARS Île-de-France, juillet 2018, p.316

¹⁵ Schéma régional de santé d'Île-de-France 2018-2022, ARS Île-de-France, juillet 2018, p.137.

¹⁶ Améliorons la santé des Franciliens — Horizon 2027, Cadre d'orientation stratégique 2018-2027, ARS Île-de-France, septembre 2018, 34 p.

¹⁷ Dossier de presse Améliorons la santé des franciliens. Projet régional de santé 2018 -2022, ARS Île-de-France, 23 juillet 2018, 15 p.

¹⁸ Par exemple : Article « PRS : 5 axes pour transformer le système de santé », Site web ARS Île-de-France, 17 août 2018. <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/prs-5-axes-pour-transformer-le-systeme-de-sante>



- Structurer une stratégie de plaidoyer
→ action similaire à celle présentée dans le schéma régional de santé
- Renforcer la coordination des politiques publiques
→ action nouvelle
- Appuyer et renforcer l'animation territoriale
→ action nouvelle
- Rendre la coopération/collaboration de l'ARS attractive
→ action nouvelle
- Développer la transversalité et une culture commune au sein de l'ARS
→ action nouvelle

Un descriptif de ces actions prioritaires est fourni dans le document du cadre d'orientation stratégique du PRS 2. Nous en rendons compte dans le tableau suivant (Tableau n° 3) :

Actions prioritaires de l'axe 5 ¹⁹	Descriptif
<ul style="list-style-type: none"> ● Structurer une stratégie de plaidoyer. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Faciliter le débat public, faire ressortir les points de convergence ou objectiver les contradictions entre politiques publiques des collaborations, partenariats (<i>sic</i>). ● Apporter de la connaissance aux différents acteurs des politiques publiques (décideurs, opérateurs, bénéficiaires). Développer et diffuser les connaissances sur le lien entre les différentes politiques publiques et la santé, faciliter le partage de données. ● Développer/confronter les connaissances : mise en place de lieux d'échange et de dialogue avec les autres acteurs des politiques publiques (ex. : forums, réseaux...). ● Inciter/accompagner/mener et systématiser des Études d'évaluation des impacts sur la santé (EIS) relatives aux politiques publiques (mise en place d'EIS rapides, traduction des recommandations en actions, notamment dans le cadre

¹⁹ Fournies par le *Cadre d'orientation stratégique 2018-2027*, ARS Île-de-France, septembre 2018, 34 p.
Version du 20 juin 2022

	des Contrats locaux de santé ou du plan régional santé-environnement).
Actions prioritaires de l'axe 5²⁰	Descriptif
<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la coordination des politiques publiques. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dans le cas de politiques publiques avec lesquelles l'action de l'ARS est articulée (ex : habitat, aménagement urbain, environnement avec le programme régional santé environnement [PRSE 3], justice, industrie, éducation nationale), adosser des programmes de travail (procédures partagées, échanges de données, études, recherche...) aux conventions de partenariats, développer des appels à projets communs. • Pour les politiques sur lesquelles l'ARS peut mener une action de coordination (ex. : éducation, jeunesse, travail, cohésion sociale, etc.), renforcer le rôle des Commissions de coordination des politiques publiques en en faisant des lieux stratégiques et opérationnels. • Renforcer la capacité à anticiper, augmenter la réactivité, l'opportunité en structurant une veille propre au repérage des projets d'envergure dans lesquels on souhaite ajouter une dimension santé.
<ul style="list-style-type: none"> • Appuyer et renforcer l'animation territoriale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagner les délégations départementales dans ce rôle en leur apportant un soutien sur la connaissance et les outils, pour l'animation des relations qu'elles ont avec les autres partenaires. Le plaidoyer, entre autres, doit à ce titre, se décliner au plus près des territoires.

²⁰ Fournies par le *Cadre d'orientation stratégique 2018-2027*, ARS Île-de-France, septembre 2018, 34 p.
Version du 20 juin 2022

<ul style="list-style-type: none"> • Rendre la coopération/collaboration de l'ARS attractive. 	<ul style="list-style-type: none"> • Donner de la visibilité aux politiques de santé auprès des décideurs des politiques publiques à travers une communication renforcée. • Diffuser de la connaissance : l'ARS doit être identifiée comme un expert incontournable sur l'ensemble des politiques publiques, sa participation doit apporter une plus-value aux projets et politiques régionales. • Diversifier les moyens d'action de l'Agence : innover, proposer des nouveaux modes de collaboration aux partenaires et porteurs de politiques publiques qui peuvent amener à la réduction des inégalités.
<p>Actions prioritaires de l'axe 5²¹</p>	<p>Descriptif</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Développer la transversalité et une culture commune au sein de l'ARS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Développer une culture commune autour de la notion d'intersectorialité et la transversalité, en faire des objectifs individuels et collectifs de travail. • Former les agents à négocier ou à mener un plaidoyer, ou à utiliser les outils à notre disposition : partenariats, co-construction de projet, études, etc.

Tableau 3. Liste et descriptif des actions prioritaires de l'axe 5 fournies par le Cadre d'orientation stratégique 2018-2027, ARS Île-de-France, septembre 2018, 34 p.

Le schéma régional de santé et le cadre d'orientation stratégique, faisant tous deux partie du PRS 2, présentent donc des listes d'actions prioritaires différentes. Cette « dissonance » est un élément qui n'a pas pu nous être expliqué lors des entretiens que nous avons réalisés auprès des agents de l'ARS.

Ces différents éléments constitutifs de l'axe 5 du PRS 2 étant rappelés, nous présentons dans la section suivante de l'introduction la stratégie d'évaluation que nous avons élaborée afin de porter un diagnostic sur le déploiement des actions de cet axe 5.

PARTI PRIS ÉVALUATIF

L'impossible évaluation des objectifs de l'axe 5

L'évaluation de politique publique repose d'ordinaire sur l'appréciation du travail entrepris lors du déploiement de cette politique et des résultats obtenus au vu de ses objectifs. L'évaluation peut

²¹ Fournies par le *Cadre d'orientation stratégique 2018-2027*, ARS Île-de-France, septembre 2018, 34 p.
Version du 20 juin 2022

porter sur l'atteinte de ces objectifs, mais aussi sur l'efficacité, l'efficience ou l'équité de l'action publique mise en œuvre. Ce type d'évaluation nécessite un ensemble conséquent d'informations et de données, une méthodologie d'évaluation reposant sur des indicateurs précis et la formulation d'objectifs évaluables et articulés à un plan d'action cohérent de mise en œuvre. Les conditions pour mener à bien une évaluation de ce type pour l'axe 5 du PRS 2 ne sont pas réunies. Nous en détaillons les raisons dans cette section ainsi que la stratégie alternative qui a été retenue afin de mener à bien cette évaluation et les éléments que l'on peut attendre d'une telle stratégie.

Malgré le travail de concertation en interne et d'animation d'ateliers de travail mené par l'ARS au moment de la rédaction de l'axe 5 du PRS 2 concernant la validation d'objectifs consensuels et l'élaboration de « bons indicateurs »²², le tableau suivant (Tableau n° 4) illustre les difficultés rencontrées dans l'évaluation de ces objectifs. En orange figurent les objectifs dont les indicateurs de suivi relèvent d'un travail évaluatif interne à l'ARS. En rouge figurent les objectifs pour lesquels le manque d'information disponible compromet l'évaluation, que cela soit pour des raisons structurelles (indisponibilité des données et impossibilité de les recueillir) ou conjoncturelles (crise sanitaire de la Covid qui repousse notamment le renouvellement des CLS qui faisaient l'objet de deux objectifs de l'axe 5).

Objectifs de l'axe 5 ²³	Possibilité d'évaluation
<ul style="list-style-type: none"> ● Avoir augmenté le nombre de politiques publiques ayant inscrit sur l'agenda politique un ou plusieurs axes ayant intégré la santé au sens large. 	Interne à l'ARS
<ul style="list-style-type: none"> ● Avoir augmenté la part des services dans l'offre médico-sociale proposant un accompagnement dans le milieu ordinaire. 	Interne à l'ARS
<ul style="list-style-type: none"> ● Avoir doublé la part des contrats de ville qui disposent d'une « clause santé » dans au moins deux des trois piliers. 	Impossible à mettre en œuvre
<ul style="list-style-type: none"> ● Avoir doublé le nombre de contrats locaux de santé comprenant des actions spécifiques de promotion de l'activité physique et sportive avec un accès prioritaire aux populations vulnérables. 	Impossible à mettre en œuvre
<ul style="list-style-type: none"> ● Introduire dans 30 % des CLS un volet insécurité alimentaire dans l'axe nutrition. 	Impossible à mettre en œuvre

²² Entretien avec un agent de la délégation départementale 78 de l'ARS Île-de-France, département PPS, le 16/09/2021.

²³ Source : *Schéma régional de santé d'Île-de-France 2018-2022*, ARS Île-de-France, 2018, 351 p.

- Avoir quadruplé, en passant de 5 à 20, le nombre de collectivités et d'aménageurs intégrant une ou plusieurs démarches sur la prise en compte de la santé dans l'aménagement du territoire.

Interne à l'ARS

Tableau 4. Conditions d'évaluation des objectifs de l'axe 5.

Au-delà de ces difficultés d'évaluation, on constate que l'axe 5 du PRS 2 s'est concentré davantage sur la description d'actions prioritaires que sur celle d'objectifs à atteindre ou d'indicateurs pour mesurer leur indice de réussite (indicateurs rendus disponibles seulement 1 an et demi après la promulgation du PRS 2). En effet, sur les 15 pages que compte la présentation de l'axe 5 dans le schéma régional de santé, seule une demi-page se réfère aux objectifs à 2022, alors que la description des actions prioritaires se déploie sur 14 pages. Il faut aussi noter que ce plan d'action n'est pas formellement articulé aux objectifs précédemment listés : il n'en constitue donc pas le plan opérationnel. Par ailleurs les actions prioritaires retenues abordent davantage de thématiques que celles mobilisées au sein des objectifs de l'axe 5, et ce d'autant plus si on ajoute à celles-ci les actions prioritaires mentionnées dans le cadre d'orientation stratégique du PRS 2. Plusieurs entretiens auprès d'agents de l'ARS impliqués dans le processus rédactionnel de l'axe 5 nous ont indiqué aussi le caractère contingent de cette liste d'objectifs, la direction ayant demandé à ce que six objectifs ressortent en particulier de l'axe 5. Enfin, la survenue de différentes crises, dont principalement celle de la Covid-19, ont rendu assez rapidement certains objectifs de l'axe 5 obsolètes. L'ensemble de ces raisons nous ont poussés à ne pas concentrer le travail évaluatif de l'axe 5 sur l'évaluation de la réalisation de ses objectifs. Une fois établi que nous n'allions pas travailler dans cette perspective, nous nous sommes attachés à définir un objet d'évaluation pertinent au sein de cet axe avant de fixer les objectifs généraux de l'évaluation et d'en définir sa méthodologie.

Définir un nouvel objet de l'évaluation

Afin de redéfinir l'objet sur lequel allait porter notre évaluation, nous avons cherché à établir les lignes directrices qui parcouraient l'ensemble de l'axe 5, unissant objectifs et actions prioritaires (du schéma régional de santé et du cadre d'orientation stratégique) dans une direction commune et cohérente afin de déterminer sur quels éléments de l'axe 5 faire reposer l'évaluation.

Pour répondre à cette question, il faut renouer tout d'abord avec l'intention générale d'un document comme le PRS 2 : celui de fournir aux acteurs de la santé, agents de l'ARS et partenaires locaux, des orientations stratégiques pour guider leurs actions sur plusieurs années. Ces orientations sont ensuite opérationnalisées par les différentes directions métier afin de guider concrètement l'action des agents de l'ARS, notamment ceux des délégations départementales, et d'orienter l'accompagnement et le financement des acteurs de santé sur les territoires. Selon notre analyse des différents documents constitutifs du PRS 2, trois orientations majeures se dégagent de l'axe 5 : la diffusion institutionnelle et politique des enjeux de la santé publique, le déploiement et la consolidation des réseaux locaux de santé publique, et, dans une moindre mesure le renforcement

des capacités internes de l'ARS. Plusieurs éléments d'analyse nous ont permis d'établir cette sélection d'orientations stratégiques dont l'intitulé général de l'axe 5 « Inscrire la santé dans toutes les politiques » qui souligne cette volonté de diffusion des référentiels de santé publique auprès des partenaires locaux, et en particulier auprès des collectivités territoriales qui établissent des politiques locales. Afin de vérifier la pertinence de cette sélection d'orientations stratégiques, nous nous sommes assurés que chaque action listée comme prioritaire par les différents documents du PRS2, pouvait être rattachée à l'une ou à plusieurs de ces orientations. Le tableau suivant (Tableau n° 5) rend compte de cette compatibilité et de la pertinence de cette sélection de trois orientations stratégiques.

Orientations stratégiques	Objectifs de l'axe 5	Plan d'action ²⁴	Plan d'action bis ²⁵
Diffusion institutionnelle et politique des enjeux de la santé publique	<ul style="list-style-type: none"> ● Avoir augmenté le nombre de politiques publiques ayant inscrit sur l'agenda politique un ou plusieurs axes ayant intégré la santé au sens large. ● Avoir doublé la part des contrats de ville qui disposent d'une « clause santé » dans au moins deux des trois piliers. ● Avoir doublé le nombre de contrats locaux de santé comprenant des actions spécifiques de promotion de l'activité physique et sportive avec un accès prioritaire aux populations vulnérables. ● Introduire dans 30 % des CLS un volet insécurité alimentaire dans l'axe nutrition. ● Avoir quadruplé, en passant de 5 à 20, le nombre de collectivités et d'aménageurs intégrant une ou plusieurs démarches sur la prise en compte de la santé dans l'aménagement du territoire. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Mettre en œuvre une stratégie de plaidoyer en faveur de la santé globale. ● Créer les conditions d'habitat, de logement et d'hébergement favorables à la santé des publics les plus fragiles. ● Généraliser les démarches d'intégration de la santé dans l'urbanisme et l'aménagement dans le contexte du Grand Paris. ● Renforcer la prise en compte des enjeux de santé dans la politique de la ville. ● Créer les conditions favorables à la pratique d'activité physique et faciliter l'accès à une alimentation saine et suffisante. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Structurer une stratégie de plaidoyer. ● Renforcer la coordination des politiques publiques.

²⁴ Source : *Schéma régional de santé d'Île-de-France 2018-2022*, ARS Île-de-France, 2018, 351 p.

²⁵ Source : *Cadre d'orientation stratégique 2018-2027*, ARS Île-de-France, septembre 2018, 34 p.

<p>Déploiement et consolidation des réseaux locaux de santé publique</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Avoir augmenté la part des services dans l'offre médico-sociale proposant un accompagnement dans le milieu ordinaire. ● Avoir doublé le nombre de contrats locaux de santé comprenant des actions spécifiques de promotion de l'activité physique et sportive avec un accès prioritaire aux populations vulnérables. ● Introduire dans 30 % des CLS un volet insécurité alimentaire dans l'axe nutrition. ● Avoir quadruplé, en passant de 5 à 20, le nombre de collectivités et d'aménageurs intégrant une ou plusieurs démarches sur la prise en compte de la santé dans l'aménagement du territoire. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Mettre en œuvre une stratégie de plaidoyer en faveur de la santé globale. ● Créer les conditions d'habitat, de logement et d'hébergement favorables à la santé des publics les plus fragiles. ● Généraliser les démarches d'intégration de la santé dans l'urbanisme et l'aménagement dans le contexte du Grand Paris. ● Renforcer la prise en compte des enjeux de santé dans la politique de la ville. ● Créer les conditions favorables à la pratique d'activité physique et faciliter l'accès à une alimentation saine et suffisante. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Appuyer et renforcer l'animation territoriale. ● Rendre la coopération et la collaboration de l'ARS attractives.
<p>Renforcement des capacités internes de l'ARS</p>		<ul style="list-style-type: none"> ● Mettre en œuvre une stratégie de plaidoyer en faveur de la santé globale. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Rendre la coopération et la collaboration de l'ARS attractives. ● Développer la transversalité et une

			culture commune au sein de l'ARS.
--	--	--	-----------------------------------

Tableau 5. Objectifs et actions prioritaires de l'axe 5 classés selon les orientations stratégiques qui se détachent de l'axe 5 du PRS 2.

Après avoir constaté que les trois orientations stratégiques retenues permettent d'aborder la totalité des actions listées comme prioritaires dans l'axe 5, nous proposons par conséquent dans ce rapport d'évaluer **la diffusion et la mise en œuvre des trois caps stratégiques qui structurent cet axe de la santé publique** au sein du PRS 2, à savoir :

- La diffusion institutionnelle et politique des enjeux de la santé publique ;
- Le déploiement et la consolidation des réseaux locaux de santé publique ;
- Le renforcement des capacités internes de l'ARS en matière de santé publique.

Ces orientations stratégiques correspondent à trois grandes thématiques : la diffusion des idées, le réseau de partenaires locaux et les capacités internes de l'ARS quant aux enjeux de santé publique.

Pour chaque orientation stratégique, une liste d'actions génériques et/ou emblématiques a été établie par nos soins (Tableau n° 6) grâce à l'analyse des documents du PRS 2. **L'évaluation des trois orientations stratégiques de l'axe 5 a ainsi porté sur l'analyse des éléments qui ont freiné ou encouragé le déploiement de ces stratégies d'intervention sur la période 2018-2021, avec un focus sur les thématiques de nutrition et d'insécurité alimentaire.**

Attendus de l'évaluation

L'objectif général de l'évaluation du PRS 2 mise en œuvre par le consortium de la Chaire Santé de Science Po Paris est de fournir « un ensemble raisonnable de diagnostics problématisés des actions étudiées, afin d'en tirer des enseignements approfondis, plutôt que de statuer sur la conformité des résultats atteints par rapport aux objectifs initialement visés par le PRS 2 »²⁶. Le travail évaluatif de l'axe 5 s'inscrit pleinement dans cet objectif global du projet d'évaluation du PRS 2, d'autant au vu des éléments précédemment mentionnés. Ce rapport vise donc à fournir aux agents de l'ARS un diagnostic approfondi du déploiement de l'axe 5 comprenant les éléments suivants :

- Une analyse des freins et des leviers expérimentés par les opérateurs locaux de santé publique dans la mise en œuvre des trois orientations stratégiques établies pour l'axe 5.
- Un diagnostic des processus de changement en cours pouvant éclairer la définition de nouvelles politiques de santé régionales de santé publique
- Un ensemble de recommandations concernant la rédaction et l'évaluation de futurs programmes de santé publique de l'ARS, dont notamment le PRS 3.
- Une base de discussion pour les agents de l'ARS au sujet de leurs stratégies et de leurs interventions en matière de santé publique.

²⁶ Programme d'évaluation du Projet Régional de Santé d'Île-de-France. État de la mise en œuvre, Chaire Santé de Sciences Po Paris, Janvier 2021, p. 7.

Orientations stratégiques	Stratégies d'intervention	
Diffusion institutionnelle et politique des enjeux de la santé publique	Actions de plaidoyers	<ul style="list-style-type: none"> ● Diffuser auprès des acteurs du territoire d'une culture commune sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé ● Promouvoir de nouvelles thématiques auprès des acteurs locaux (ex : EIS, UFS, insécurité alimentaire) ● Élaborer des partenariats stratégiques visant à construire une vision partagée des problèmes ● Sensibiliser les élus et les directions générales des collectivités aux démarches et dispositifs existants. ● Structurer des communautés de réflexion autour des liens environnement-santé.
Déploiement et consolidation des réseaux locaux de santé publique	Structuration et animation de réseaux de partenaires locaux	<ul style="list-style-type: none"> ● Pérenniser le réseau existant (ex. : ASV, CLS). ● Renforcer les capacités des acteurs locaux (mise à disposition de financement ou d'outils pour améliorer leurs actions). ● Établir de nouveaux partenariats avec les collectivités territoriales, les services déconcentrés d'État ou les acteurs locaux ● Appuyer la coopération locale entre acteurs de la santé publique. ● Renforcer la proximité avec les partenaires locaux
Renforcement des capacités internes de l'ARS	<ul style="list-style-type: none"> ● Former les agents de l'ARS aux techniques du plaidoyer. 	

	<ul style="list-style-type: none">• Développer une culture commune de santé publique au sein de l'ARS et de ses délégations départementales.• Renforcer la proximité avec les partenaires locaux
--	---

Tableau 6. Orientations stratégiques et stratégies d'intervention de l'axe 5 du PRS 2. Source : Analyse du Schéma régional de santé d'Île-de-France 2018-2022, ARS Île-de-France, 2018, 351 p.

Méthodologie d'évaluation et focus sur la thématique de la nutrition

Pour appréhender le déploiement des orientations stratégiques de l'axe 5, nous avons collecté des données à trois niveaux principaux d'enquête : celui de l'ARS, celui des collectivités territoriales et celui des opérateurs locaux de santé publique (association, CLS, coopérative d'acteurs, etc.). La littérature scientifique souligne l'intérêt de combiner différents types de méthodes d'analyse lorsqu'il s'agit d'évaluer des politiques publiques complexes²⁷. En conséquence nous avons opté pour un recueil de données reposant sur une méthodologie mixte qui allie aux méthodes qualitatives (entretiens, monographie) des méthodes quantitatives (questionnaires et traitements statistiques). L'analyse de ces données s'appuie sur des outils analytiques de science politique et de sociologie.

Conformément aux principes généraux de l'évaluation du PRS 2 fixés avec l'ARS, il a été convenu qu'une action structurante et emblématique serait retenue pour l'évaluation de l'axe 5. La recherche sur l'évaluation des politiques publiques insiste en effet : « *Plutôt que de chercher à appréhender une totalité dont on ne peut situer les frontières, il est en effet préférable de se cantonner à sélectionner des chaînes causales dont on peut rendre compte à l'intérieur d'un cadre de référence précis* »²⁸. Ainsi, le fait de limiter les thématiques couvertes par ce travail évaluatif constituait d'une part une condition d'opérationnalité de celui-ci et d'autre part, le gage d'une analyse plus en profondeur des freins et des leviers de l'action de l'ARS en matière de santé publique. La thématique retenue a été celle de la nutrition.

Plusieurs raisons ont motivé ce choix. La nutrition est un déterminant important de l'état de santé des populations. Elle est affectée par un fort gradient social et fait l'objet d'une préoccupation croissante, tant de la part d'acteurs publics que de la part des individus. La thématique de la nutrition est historiquement associée à celle de l'activité physique. De nouvelles associations avec d'autres enjeux de santé publique ont aussi émergé ces dernières années et les thématiques d'insécurité alimentaire, de santé mentale ou de réduction des inégalités de santé sont aujourd'hui de plus en plus discutées conjointement avec celle de la nutrition à l'ARS. Enfin, les programmes régionaux relatifs à la nutrition interagissent avec de nombreux plans, dispositifs ou initiatives infrarégionaux et nationaux. Ces programmes sont aussi affectés par l'intervention d'acteurs privés, financeurs, prescripteurs, promoteurs ou animateur d'action sur la nutrition dans les territoires. Ainsi, l'entrée par les enjeux de nutrition permet d'aborder une pluralité de thématiques et d'enjeux de santé

²⁷ Desquinabo, N. (2021). L'évaluation dans les politiques complexes. Les cas de la lutte contre l'habitat indigne et du traitement des copropriétés en difficulté. *Revue française d'administration publique*, (1), 115-129.

²⁸ Duran, P. (2010). L'évaluation des politiques publiques : une résistible obligation. *Revue française des affaires sociales*, (1), p.5.

publique connexes tout en décrivant l'écosystème des acteurs et des institutions de santé publique dans lequel se déploient les actions du PRS 2.

Ce cadre commun d'évaluation de l'axe 5 fixé, plusieurs études ont été menées au sein du consortium d'évaluation du PRS 2 dans le but de contribuer à l'élaboration de ce rapport final :

- **Les politiques locales de santé**, 2020, 70 p. Cette étude repose sur les monographies de quatre collectivités territoriales d'Île-de-France concernant leurs politiques locales de santé publique. Il s'agit d'un rapport de fin d'études élaboré par trois étudiants du Master Stratégies Territoriales et Urbaines de l'école d'urbanisme de Sciences Po Paris. Ces étudiants étaient encadrés par Étienne Nouguez, chercheur membre du Centre de sociologie des organisations.
- **Promouvoir la santé publique : Contribution à l'évaluation du Projet Régional de Santé 2018-2022 de l'ARS Île-de-France**, 2021, 119 p. Ce rapport d'étude final élaboré par quatre étudiants du Master Stratégies Territoriales et Urbaines de l'école d'urbanisme de Sciences Po Paris examine la diffusion et la mise en œuvre en Île-de-France d'actions portant sur les enjeux de nutrition, d'aide alimentaire, de promotion des activités physiques et sportives, et d'urbanisme favorable à la santé. Il repose sur une méthodologie double : l'analyse de données quantitatives récoltées par questionnaire auprès d'une centaine de collectivités territoriales d'Île-de-France et l'analyse de données qualitatives portant sur 21 projets de santé publique jugés d'intérêts selon les personnes enquêtées au sein du siège de l'ARS siège et de ses délégations départementales. Ce travail était encadré par Clément Boisseuil alors chercheur associé au centre d'études européennes et de politique comparée de Sciences Po.
- **Contraindre, inciter ou diffuser ? La territorialisation de la politique nutritionnelle : enjeux de gouvernance et de coordination**, 2021, 122 p. Ce mémoire de recherche a été élaboré par Clara Jacquot, étudiante à l'institut d'études politiques de Paris, sous la supervision de Daniel Benamouzig, titulaire de la Chaire Santé de Sciences Po Paris. Il porte sur la territorialisation du Programme national nutrition santé (PNNS) par les ARS et en particulier au sein de cinq collectivités territoriales d'Île-de-France.
- L'analyse d'une **série d'entretiens semi-directifs complémentaires** menés auprès des agents de l'ARS au siège et dans les délégations départementales entre juillet et décembre 2021 par Jeanne Pahun, post-doctorante à la Chaire Santé de Sciences Po entre 2021 et 2022. Ce travail d'enquête a été doublé par la construction d'une **revue de la littérature scientifique** sur l'évaluation des politiques de santé et sur le travail des ARS.

Au total, 109 entretiens ont été réalisés dans ce cadre d'évaluation. Une liste complète de ces entretiens figure en Annexe n° 4 de ce rapport. La répartition des entretiens est présentée dans le graphique suivant :

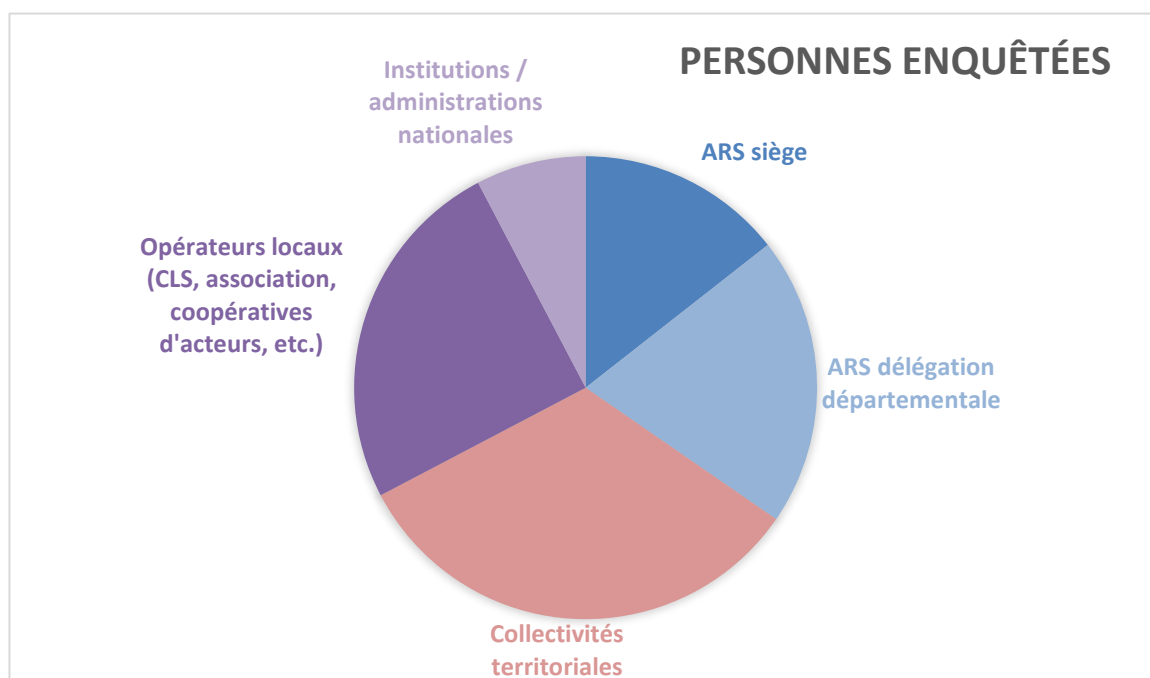


Figure SEQ Figure * ARABIC 1. Répartition des personnes enquêtées au cours du travail d'évaluation de l'axe 5 du PRS 2 mené dans le cadre de la Chaire Santé de Sciences Po paris.

Cette répartition de l'appartenance professionnelle des personnes enquêtées correspond aux trois niveaux d'enquête visés, avec 1/3 des enquêtés travaillant à l'ARS, 1/3 des enquêtés issus de collectivités territoriales et 1/3 des enquêtés étant des acteurs de terrains mettant en œuvre les actions de santé publique (associations, CLS, coopérative d'acteurs, etc.).

Neuf monographies menées dans des collectivités territoriales d'Île-de-France aux caractéristiques économiques et sociales différentes viennent compléter ce recueil de données qualitatives sur le terrain. Une partie de ces monographies a été construite afin de déterminer les ressorts de la mise en œuvre d'actions publiques par des collectivités territoriales en matière de santé publique.²⁹ L'autre partie des monographies réalisées a permis d'étudier la manière dont les centres urbains appliquent les recommandations du PNNS et se saisissent de labels existants dans le domaine de la nutrition (Villes PNNS ou Vivons en forme)³⁰.

La compilation de la littérature grise disponible sur le déploiement du PRS 2 constitue le dernier volet de ce jeu de données qualitatives. On peut par exemple citer l'analyse des appels à projets, des campagnes de financement du fonds d'intervention régional, des grilles d'analyse ou des

²⁹ Les politiques locales de santé, 2020, rapport final d'étudiants du Master Stratégies Territoriales et Urbaines de l'école d'urbanisme de Sciences Po Paris, 70p.

³⁰ Contraindre, inciter ou diffuser ? La territorialisation de la politique nutritionnelle : enjeux de gouvernance et de coordination, Clara Jacquot, 2021, Mémoire de fin d'étude, master de recherche en sociologie, Sciences Po Paris, 122p.

documents qui guident l'action des agents des délégations départementales de l'ARS, du PRS 2 au guide d'orientation à l'intention des partenaires.

Concernant les données quantitatives collectées, celles-ci sont constituées des réponses des 102 collectivités territoriales ayant répondu à un questionnaire portant sur leur action territoriale en matière de santé publique³¹. Ce questionnaire de 62 questions a été administré à 702 collectivités territoriales (départements, EPT, EPCI, communes de petite et grande couronne), avec un taux de réponse à 14 %. L'échantillon a été constitué en tenant compte de la diversité des situations sociales et territoriales de ces municipalités.

Les conditions d'accès au terrain et à la collecte de ces données ont été contrastées. Le faible taux de réponse des collectivités territoriales au questionnaire met en évidence par exemple le fait que la santé publique n'est pas toujours identifiée comme un enjeu stratégique pour les élus locaux. Les collectivités territoriales ne disposent ainsi qu'assez rarement au final d'un service ou d'une délégation dédiés aux enjeux de santé. Concernant notre enquête auprès des agents de l'ARS, on constate une situation variable allant de personnes très volontaires pour parler de leurs actions à des personnes plus réfractaires. Nous expliquons cette situation par plusieurs facteurs dont celui d'un manque d'information des agents au sujet du travail d'évaluation du PRS 2 mené par la Chaire santé de Sciences Po et celui d'une « sur sollicitation » de certains agents dans le cadre de cette évaluation. L'identification de certaines personnes clés à l'Agence, comme par exemple la personne référente sur l'axe 5, aura nécessité beaucoup de temps et d'échanges de mail entre la Chaire santé et l'ARS. Les agents en délégation départementale ont généralement accueilli de manière favorable l'évaluation et ont été très collaboratifs avec les évaluateurs, notamment dans la transmission de documents complémentaires. L'un de ces agents exprimait même son enthousiasme vis-à-vis de la démarche d'évaluation à la fin d'un entretien :

« C'est bien que ces travaux soient réalisés par des gens qui s'intéressent vraiment, des universitaires et qui prennent vraiment le temps d'analyser. C'est un travail très compliqué à réaliser et que nous on peut pas du tout faire parce qu'on est vraiment la tête du guidon. »³²

Mener une évaluation par temps de pandémie

De manière globale la pandémie de la Covid-19 a représenté le plus gros frein d'accès au terrain de cette enquête d'évaluation. En effet, dès le début de l'année 2020 et jusqu'à la finalisation de ce rapport en 2022, l'épidémie de Covid-19 a sévèrement affecté la mise en œuvre du PRS 2 dans son ensemble et celle de l'axe 5 de santé publique en particulier. Premièrement une large partie des

³¹ Promouvoir la santé publique : Contribution à l'évaluation du Projet Régional de Santé 2018-2022 de l'ARS Île-de-France, 2021, rapport final d'étudiants Master Stratégies Territoriales et Urbaines de l'école d'urbanisme de Sciences Po Paris, 119p.

³² Entretien avec un agent de la délégation départementale 94 de l'ARS Île-de-France, département PPS, le 27/07/2021.

agents du siège de l'ARS et de ses délégations départementales ont vu leurs missions se transformer au fur et à mesure de la gestion de la crise sanitaire en région Île-de-France. Certains agents volontaires ont même été affectés à plein temps sur les activités de gestion de crise. Un agent de la délégation départementale du 95 témoigne par exemple :

« Entre mon arrivée en décembre [2019] et le mois de février-mars où on a été plongé dans la crise sanitaire, il y a des premières choses qui se sont mises en place, et effectivement on était très, très centrés sur la crise. Donc, j'ai pris des missions totalement axées sur la Covid-19 et la gestion de crise sanitaire à partir du mois de mars 2020, avec, par intermittence, des retours sur mes missions initiales. Mais j'ai été, vraiment en cellule de crise, quasiment, à temps complet pendant l'ensemble de l'année 2020 et une partie de l'année 2021. »³³

Ce témoignage est loin d'être un cas isolé et l'ensemble des agents de l'ARS affectés aux questions de santé publique avec lesquels nous nous sommes entretenus ont déclaré avoir eu tout ou partie de leurs activités professionnelles réaménagées durant la période de crise :

« Moi j'ai été absente plusieurs mois pour un congé mat' et donc entre mars 2020 et septembre 2020, y avait plus qu'une cadre qui était sur le service. [...] Elle a été mobilisée pleinement sur la gestion de crise. Et quand je suis rentré, [...] on a repris à partir de septembre toutes les missions PPS qui avaient été arrêtées quasi totalement. En fait, de mars à septembre [2020], il y a eu aucune mission PPS quasiment qui est menée. Donc, en septembre, ça a été reprise des missions PPS classiques sur tous nos secteurs, plus la gestion de crise. »³⁴

« La crise sanitaire qui nous a pas du tout épargnés, évidemment. Donc ça fait deux ans que de notre service n'a pas touché... peu touché à nos dossiers et qu'on s'est complètement consacré à la crise sanitaire, voilà. Moi clairement, dès le début pratiquement de la crise, j'ai rejoint le siège de l'ARS où j'étais à la cellule "masque". [...] Tout ça, c'est une activité à 100 %. [...] Donc, c'est pour vous dire que pendant ces deux dernières années... enfin, un peu moins, un an et demi, quelque chose comme ça, on a très peu touché aux dossiers habituels. Et notamment, les sujets de nutrition que j'ai suivis de loin. »³⁵

« Dans notre service on a eu beaucoup de volontaires pour se dédier à des missions de crise qui, initialement, n'étaient pas les nôtres. On a eu des périodes où ça a été compliqué d'assurer l'ensemble des missions habituelles du service. »³⁶

³³ Entretien avec un agent de la délégation départementale 95 de l'ARS Île-de-France, département PPS, le 02/09/2021.

³⁴ Entretien avec un agent de la délégation départementale 94 de l'ARS Île-de-France, département PPS, le 27/07/2021.

³⁵ Entretien avec le chargé de mission « nutrition » de la délégation départementale 95 de l'ARS Île-de-France, novembre 2021.

³⁶ Entretien avec un agent d'une délégation départementale de l'ARS Île-de-France, département PPS, le 02/09/2021.

Cet afflux de nouvelles missions visant à maîtriser la propagation du virus s'est doublé d'une demande accrue de la part des territoires en matière de santé publique du fait notamment des événements répétés de confinement. La dégradation de la santé mentale, la hausse des foyers touchés par l'insécurité alimentaire, l'augmentation des cas de violences faites aux femmes, sont autant de thématiques qu'il a fallu aussi gérer pendant la crise :

« On a effectivement mené de nombreuses réunions en termes d'animation territoriale sur la gestion de crise [...]. Mais on a travaillé aussi sur l'analyse des besoins, les thématiques qui émergeaient, notamment on a fait des réunions spécifiques sur santé mentale, les addictions et les violences faites aux femmes qui étaient des problématiques croissantes au vu de la crise sanitaire. »³⁷

Pour gérer les « affaires courantes » auxquelles venaient donc se rajouter ses missions de gestion de crise et de gestion des effets sur la santé publique de cette crise, des plans de continuité d'activités ont été élaborés entre le siège de l'ARS et les délégations départementales. Ces plans ont permis de classer en priorité une, deux ou trois l'ensemble des missions des départements prévention et promotion de la santé. Certaines missions ont alors été différées, d'autres, dans de plus rares cas, annulées.

Dans l'ensemble, la totalité des actions prévues dans le cadre du déploiement de l'axe 5 du PRS 2 a été perturbée, différée ou mise de côté durant cette crise sanitaire de la Covid-19. Cette situation a compliqué l'exercice d'évaluation de ce dernier ainsi que d'autres éléments d'ordre matériel et logistique, parmi lesquels : une moindre disponibilité des acteurs de la santé publique pour réaliser des entretiens ou pour répondre à des questionnaires, un accès plus compliqué sur les territoires pour mener des phases d'observation participantes ou d'entretiens, l'annulation d'action de santé publique sur les territoires, les phases de confinement ou encore le recours obligatoire au télétravail.

L'ensemble de ces points ont constitué des difficultés majeures dans l'évaluation du PRS 2 dans son ensemble et des ajustements importants du travail de recherche ont dû être menés tels que : la redéfinition de l'objet d'évaluation qui se concentre dorénavant moins sur les réalisations de l'axe 5 que sur la diffusion de ses orientations stratégiques auprès des acteurs de santé publique, le recours à la visioconférence pour les entretiens compréhensifs et la limitation de leur nombre.

Une fois ces difficultés énoncées, il faut cependant reconnaître que la crise sanitaire du Covid-19 a aussi été une « opportunité » d'observer ou de révéler un certain nombre de faits concernant la santé publique. Ainsi l'analyse de la gestion de cette crise en interne à l'ARS et au sein de la société plus globalement permet de mettre en lumière la valeur que les individus, qu'ils soient ou non agents de l'ARS, accordent aux enjeux de prévention et de promotion de la santé. Certains enquêtés estiment par exemple que « *cette expérience de Covid nous a fait un peu de lumière sur nos activités, sur ce qu'on peut apporter au sein de l'agence* »³⁸, alors que d'autres pensent au contraire que « *la*

³⁷ Entretien avec un agent de la délégation départementale 94 de l'ARS Île-de-France, département PPS, le 27/07/2021.

³⁸ Entretien avec un agent de délégation départementale de l'ARS Île-de-France, département PPS, le 23/07/2021.

prévention a été complètement occultée au profit de la gestion de crise »³⁹. Dans tous les cas, les acteurs s'accordent sur le fait que cette crise a été l'occasion de repenser leurs actions et leur travail, que cela soit au sein de l'ARS ou sur le terrain auprès des acteurs de santé publique. Un agent de la délégation départementale du 95 résumait ainsi : « *Ça a été très intéressant pendant la crise quand même, je pense qu'on a repensé notre façon de travailler* »⁴⁰. La réponse et l'adaptation à la crise sanitaire par les équipes de l'ARS et par les opérateurs de santé publique présents sur les territoires font donc partie intégrante du travail évaluatif mené sur l'axe 5 du PRS 2.

PRÉSENTATION DES MATÉRIAUX ANALYTIQUES ET EMPIRIQUES DU RAPPORT



Les politiques locales de santé, 2020, rapport final d'étudiants du Master Stratégies Territoriales et Urbaines de l'école d'urbanisme de ScPo Paris, 70p.

Ce rapport analyse la manière dont les collectivités territoriales et autres acteurs locaux de la région Île-de-France travaillent en lien avec l'ARS pour intégrer à leurs politiques les enjeux de santé publique concernant l'urbanisme, l'activité physique et la nutrition. Le rapport traite en particulier des réseaux d'acteurs mobilisés localement pour construire et mettre en œuvre cette action publique en matière de santé publique, les ressources dont ils disposent et les actions qu'ils mènent.

Afin de comprendre en particulier les leviers et les freins au développement de politiques locales de santé publique, les auteurs du rapport ont opté pour un protocole de recherche par monographies, à savoir l'étude approfondie de cas empiriques limités : quatre communes d'Île-de-France aux caractéristiques géographiques, économiques, démographiques et sociales contrastées. Ces quatre cas d'études anonymisés dans le rapport ont été sélectionnés suite à une série d'entretiens semi-directifs (25) auprès d'agents de l'ARS du siège et des délégations départementales. L'analyse de ces quatre monographies a révélé deux stratégies différentes dans le développement de politiques locales de santé publique. Deux communes suivent une approche par programmes : les acteurs locaux, réunis en petit comité, y mettent en œuvre des directives régionales. Les deux autres communes élaborent leurs actions de santé publique à partir d'un réseau local de santé, constitué d'acteurs variés et dont les rendez-vous de concertation sont réguliers. Le rapport analyse l'efficacité de ces deux approches.

³⁹ Entretien avec un agent de délégation départementale de l'ARS Île-de-France, département PPS, le 02/07/2021.

⁴⁰ Entretien avec un agent de la délégation départementale 95 de l'ARS Île-de-France, département PPS, le 02/09/2021.

Ses conclusions montrent qu'une action de santé publique fondée sur un réseau local est non seulement plus efficace, mais également plus résiliente qu'une action de santé publique fondée sur la déclinaison d'une action pensée à une échelle de gouvernance régionale ou nationale. Un réseau local de santé publique est défini comme un consortium d'acteurs locaux se réunissant régulièrement et dont les membres sont issus de différents corps professionnels ayant un contact direct avec la population et une connaissance empirique des problématiques territoriales. Pour mesurer l'efficacité ou la résilience des actions en santé publique mises en œuvre par les collectivités territoriales, les auteurs ont établi un certain nombre de critères dont la liste figure en Annexe n° 1 de ce rapport.

Comment expliquer ce gain d'efficacité et de résilience des actions de santé publique inscrites dans un réseau local de santé ? Les auteurs du rapport proposent trois pistes explicatives :

1. Les actions développées au sein de réseaux locaux de santé sont plus proches des besoins exprimés par la population locale.
2. L'implication de nombreux intermédiaires locaux dans la conception et la mise en œuvre des actions de santé publique permet une meilleure diffusion de celles-ci auprès des habitants et donc d'une meilleure réception de l'action publique auprès d'eux.
3. Lorsqu'un programme de santé publique possède une légitimité territoriale (participation des acteurs locaux à sa conception, adéquation de celle-ci avec les besoins locaux, portage politique local), les actions mises en place font plus facilement l'objet d'évaluations ce qui contribue à leur reconduction et à leur amélioration.

Le rôle de l'ARS dans l'animation de réseaux locaux de santé est crucial. Elle ne peut être la seule à l'initiative de ces dynamiques locales, mais son action est capitale dans la stimulation et le renforcement de ces dynamiques. Les liens que le siège ou les délégations départementales entretiennent avec les acteurs à l'échelle territoriale permettent de soutenir les dispositifs en place. En effet, lorsque l'ARS assure son rôle de mise en réseau local et de financement partiel, mais régulier de leurs programmes d'actions, elle renforce les politiques de santé locales. Le rapport soulève alors deux questions concernant les stratégies qui s'offrent à l'ARS pour soutenir les dispositifs en place :

- Dans quelle mesure le financement et l'accompagnement d'actions ponctuelles ou de programmes expérimentaux peuvent-ils conduire à l'émergence ou à la consolidation de politiques locales de santé publique cohérentes ?
- Est-il préférable d'investir massivement dans quelques collectivités territoriales « vitrines » en misant sur la dissémination de leurs actions en santé publique aux collectivités voisines ou de répartir les investissements entre un plus grand nombre de collectivités territoriales, afin d'enclencher des dynamiques locales de santé publique sur l'ensemble du territoire ?

En dehors de la force que constituent les réseaux de santé locaux, d'autres facteurs explicatifs du développement d'action publique locale en matière de santé publique sont soulignés dans ce rapport. L'ancienneté des politiques de santé est souvent un gage de la qualité des actions menées

localement : les programmes sont à la fois plus matures et plus ambitieux, ils mobilisent aussi davantage d'acteurs que cela soit au stade de leur conception ou de leur mise en œuvre. Le deuxième facteur explicatif, qui est à la fois cause et conséquence du précédent, est le degré d'investissement de la commune dans la politique locale de santé publique. Ce degré peut se mesurer par l'investissement des élus (en particulier du maire et/ou de l'élu à la santé lorsqu'il existe), par les budgets qui y sont consacrés ou par le personnel administratif qui y est affecté.

Le rapport note qu'il existe un cercle « vertueux » de l'investissement dans la santé publique : plus les collectivités territoriales et les acteurs associatifs investissent (du temps, de l'argent) dans des actions de santé publique, plus ils sont susceptibles d'être financés par ailleurs, notamment par l'ARS. Les modalités d'enclenchement d'une telle dynamique dans des villes moins actives initialement sur les questions de santé publique sont ainsi une piste à explorer.

L'Annexe n° 1 de ce rapport présente un résumé complet du document *Les politiques locales de santé, 2020*, Master Stratégies Territoriales et Urbaines de l'école d'urbanisme de ScPo Paris, 70p.

SciencesPo
ÉCOLE URBAINE

Louise Barbier
Arthur Franck
Hélène Hénau
Marilène Zdobychynski

Promouvoir la santé publique :

Contribution à l'évaluation du Projet Régional de Santé 2018-2022 de l'ARS Île-de-France

Projet collectif

Master Stratégies Territoriales et Urbaines 2020/2022
Rapport final réalisé pour la Chaire santé de Sciences Po et le Centre de sociologie des organisations de Sciences Po
Soutenance le 4 juillet 2022

Tuteur : Clément Boisseuil - Chercheur associé au Centre d'études européennes et de politique comparée, Sciences Po
Partenaire : Daniel Benamouzig - Directeur de recherche au CNRS, Titulaire de la Chaire santé de Sciences Po, Chercheur au Centre de sociologie des organisations de Sciences Po

SciencesPo
CHAIRE SANTÉ

Promouvoir la santé publique : Contribution à l'évaluation du Projet Régional de Santé 2018-2022 de l'ARS Île-de-France, 2021, rapport final d'étudiants Master Stratégies Territoriales et Urbaines de l'école d'urbanisme de ScPo Paris, 119p.

Ce rapport dresse le panorama de l'action publique menée par les acteurs territoriaux (collectivités territoriales et associations locales) sur les thématiques de santé publique portées par l'axe 5 du PRS 2. Il aborde aussi les rapports qu'entretiennent ces acteurs territoriaux avec l'ARS et ses délégations départementales ainsi que leur degré de connaissance de son plan régional de santé.

Plusieurs questions ont guidé l'élaboration de ce rapport, parmi elles : quelles sont et comment sont mises en œuvre les politiques et actions locales autour de la nutrition, de l'aide alimentaire, des activités physiques et sportives et de l'urbanisme favorable à la santé en Île-de-France ? Dans quelle mesure l'action locale en santé publique est-elle impulsée, influencée et structurée par le Projet Régional de Santé ? Comment expliquer l'inégale implication des collectivités territoriales en matière de santé publique ?

Pour répondre à ces questions, un protocole d'enquête quantitatif a été élaboré via l'administration d'un questionnaire d'une soixantaine de questions auprès d'un échantillon représentatif de 702 collectivités territoriales en région Île-de-France. Au total, 102 collectivités territoriales ont répondu à ce questionnaire. L'analyse de leurs réponses permet d'éclairer deux aspects de l'action en santé publique des collectivités territoriales en Île-de-France :

- L'inégale implication de celles-ci dans les champs thématiques de la nutrition, de l'aide alimentaire, des activités physiques et sportives et de l'urbanisme favorable à la santé.
- Les leviers d'action qui favorisent la mobilisation des collectivités territoriales sur ces thématiques et l'essaimage de nouveaux projets locaux de santé publique sur les territoires.

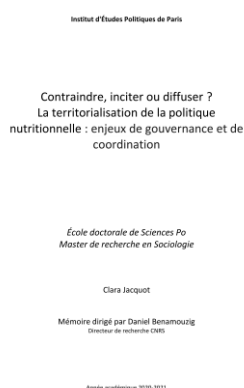
Plusieurs éléments viennent expliquer l'implication diverse des acteurs locaux dans les domaines de santé publique retenus. Tout d'abord, la santé ne constitue pas une compétence pleine et entière des collectivités territoriales, même si ces dernières possèdent de nombreux leviers d'actions publiques pour agir sur les déterminants de la santé et promouvoir la santé sur leur territoire. Cependant, la gouvernance de ces enjeux demeure complexe et peu lisible pour les acteurs de terrains et pour les collectivités territoriales. Les actions en matière de santé publique s'insèrent en effet dans une multitude d'orientations édictées par différentes institutions, à différents échelons de gouvernance et selon des modalités diverses (lois, décrets d'action, plans nationaux, programmes locaux, appels à projets, etc.). Par ailleurs, le degré de collaboration entre les différents donneurs d'ordre est très inégal, ce qui peut entraîner un manque de cohérence dans la diffusion de mots d'ordre et d'actions sur les territoires. Ces deux éléments structurels globaux (pas de compétence directe et gouvernance complexe) constituent un premier frein à l'élaboration de politiques locales de santé par les collectivités territoriales. Parmi les facteurs structurels locaux qui jouent positivement sur l'élaboration de politiques locales de santé publique, on compte : la taille de la collectivité territoriale, ses moyens financiers et humains, la présence de Quartiers prioritaire de la Politique de la Ville (QPV) qui permet de lever des financements et de mobiliser des compétences en ingénierie de projet. Le revenu médian d'une collectivité territoriale est une variable d'explication en matière de choix des thématiques d'interventions, mais pas forcément d'élaboration ou non de politiques de santé publique. Les communes les plus riches qui sont actives en matière de prévention et de promotion de la santé vont intervenir davantage sur les thématiques d'UFS, d'EIS ou de pollution sonore, alors que les communes les moins dotées vont davantage traiter des questions d'alimentation, d'activité sportive ou du déploiement de maisons de santé sur leur territoire. Enfin, les différents acteurs ayant répondu au questionnaire disent être inégalement informés et peu formés sur la conception, la mise en œuvre et l'évaluation d'actions publiques en matière de nutrition, d'activités physiques ou d'urbanisme favorables à la santé. Enfin, des facteurs conjoncturels interviennent dans l'élaboration de l'action publique locale en matière de santé publique, principalement la présence d'élus, d'agents ou de structures locales particulièrement dynamiques et enclines à traiter de ces enjeux de santé. La couleur politique des collectivités territoriales semble avoir aussi statistiquement une influence sur la mise en œuvre de politiques locales de santé publique, puisque l'on observe davantage d'actions sur ces thématiques dans les municipalités de gauche ou dans celles ayant eu un gouvernement municipal communiste. L'histoire politique et socio-économique des territoires où les sensibilités et les traditions d'investissement public divergent sont ainsi des facteurs influençant l'agenda politique en matière de santé publique des collectivités territoriales.

Concernant le second point, celui des leviers d'action qui favorisent la mobilisation des collectivités territoriales sur les thématiques de santé publique, les acteurs territoriaux qui se sont exprimés via

le questionnaire établissent la liste suivante : le renforcement des outils permettant la coopération entre acteurs à l'instar des groupes de pairs et des réseaux d'échanges associés à la labellisation d'actions ; plutôt que l'accumulation de dispositifs d'actions nouveaux, la consolidation des outils locaux déjà existants et maîtrisés ; la considération de la multiplicité des dimensions sociales de ces champs de la santé publique, ainsi que leur financement et leur accompagnement. Parmi les actions mises en œuvre en matière de santé publique, celles qui sont jugées les plus efficaces par les répondants du questionnaire sont celles qui accompagnent l'autonomie des publics concernés, celles qui mobilisent des moyens humains et financiers importants et celles qui ciblent des publics spécifiques.

Vingt-et une « Fiches projet synthétiques » complètent cet exercice de caractérisation de l'action publique locale en matière de santé publique. Ces fiches permettent de référencer et de comparer 21 projets d'intérêts selon les personnes enquêtées au sein du siège de l'ARS siège et de ses délégations départementales. La présentation de ces projets emprunte une forme similaire. Elle consiste en une section « Caractéristiques générales » (description du projet, localisation et calendrier d'action), une section « Mise en œuvre » (objectifs, gouvernance et moyens alloués) et une section « Impacts » (réalisations, obstacles et évaluation). Ces fiches-projet ont été élaborées selon une approche de recherche qualitative consistant en une série de 32 d'entretiens semi-directifs menés auprès des acteurs clés de ces projets et d'une analyse de la littérature grise disponible à leur sujet.

L'Annexe n° 2 de ce rapport présente un résumé complet du document *Promouvoir la santé publique : Contribution à l'évaluation du Projet Régional de Santé 2018-2022 de l'ARS Île-de-France, 2021*, Master Stratégies Territoriales et Urbaines de l'école d'urbanisme de ScPo Paris, 119p.



Contraindre, inciter ou diffuser ? La territorialisation de la politique nutritionnelle : enjeux de gouvernance et de coordination, Clara Jacquot, 2021, 122 p. Mémoire de fin d'études, master de recherche en sociologie, Sciences Po Paris

Ce mémoire de recherche en sociologie traite des enjeux de gouvernance inhérents à la territorialisation du PNNS. Il analyse l'action des collectivités territoriales d'Île-de-France en matière de nutrition, que celle-ci soit pensée de manière indépendante du PNNS ou au contraire comme une déclinaison locale de celui-ci.

Pour ce faire, l'enquête au cœur de ce mémoire s'est concentrée sur l'appropriation par les collectivités territoriales de deux programmes d'actions en matière de nutrition : le PNNS, programme d'origine étatique, et Vivons en Forme (VIF), programme d'origine associative et privée. L'objectif était de comprendre qu'elles étaient les

motivations des collectivités territoriales à faire appel à l'un ou l'autre de ces programmes, ce qui les différencie et dans quelle mesure le programme VIF pouvait apparaître comme un concurrent du PNNS.

Cinq villes d'Île-de-France ont été sélectionnées pour mener cette enquête : Alfortville, Argenteuil, Asnières-sur-Seine, Mantes-la-Jolie et Rosny-sous-Bois. Des entretiens compréhensifs (31) ont été menés auprès des acteurs clés de l'action nutritionnelle de ces villes et auprès d'acteurs nationaux (responsable PNNS et Vivons en Forme) ou régionaux (ARS). La comparaison entre ces différents territoires permet d'étudier dans quelle mesure le profil socio-économique d'une collectivité influence la manière dont celle-ci s'investit dans des actions de prévention nutritionnelle.

L'enquête de terrain dans cinq villes d'Île-de-France et la comparaison des réseaux d'acteurs et des actions développés dans ces villes ont permis de révéler les éléments de leurs politiques de prévention sensibles au profil socio-économique et politique de la ville. Mantes-la-Jolie, en tant que ville défavorisée impliquée récemment dans la prévention en nutrition et Rosny-sous-Bois, en tant que ville intermédiaire, mais pénalisée par le *turn-over* de ces agents, accordent une plus grande importance que les autres villes à l'établissement de partenariats, notamment associatifs, lesquels permettent en partie de compenser un manque de ressources municipales. Argenteuil, qui est une ville défavorisée, corrige ce désavantage par un engagement ancien et une forte volonté politique de s'impliquer dans la prévention en nutrition. La ville dispose de ressources non financières qui lui permettent de se rapprocher des politiques des villes plus aisées. Ces trois villes sont proches des dispositifs de la politique nationale, ce qui n'exclut pas le développement d'actions indépendantes et l'expression de critiques envers les instruments étatiques. Asnières-sur-Seine, en tant que ville favorisée impliquée depuis longtemps dans la prévention en nutrition, et Alfortville, en tant que ville intermédiaire, mais avantagée par sa forte densité de professionnels de santé et un investissement municipal important, se tiennent davantage à distance des dispositifs de la politique de prévention nationale et font plus preuve d'initiatives innovantes que les trois villes moins favorisées. De plus, l'investissement municipal dans les ressources humaines facilite l'accès à des acteurs convoités tels que les professionnels de santé. Les politiques de prévention de ces deux villes ont, de ce fait, une dimension médicale très marquée. Asnières-sur-Seine, ville dans laquelle le domaine de la santé est associé à celui de l'action sociale au niveau de la mairie, à la différence d'Alfortville, développe davantage d'actions entre professionnels de santé et associations d'action sociale.

L'étude conclut ainsi qu'il existe une certaine autonomie des acteurs de terrain pour mener localement une action en faveur de la nutrition, ce qui entraîne un découplage entre la politique de prévention nationale et les politiques locales, ainsi qu'une hétérogénéité entre ces politiques locales elles-mêmes. Cependant, la mise en œuvre d'actions de prévention en nutrition cohérentes et convergentes est rendue possible par la diffusion de référentiels communs. Ces référentiels permettent aux différents acteurs de partager un vocabulaire, des concepts communs et des représentations collectives de la problématique nutritionnelle et des moyens adaptés pour répondre aux problèmes de santé publique qui lui sont associés. Ces référentiels leur permettent de construire des projets similaires et de se coordonner. Leur diffusion a lieu dans de multiples espaces d'interactions, tels que des réunions de CLS, des webinaires, des formations gratuites, des

échanges informels ou encore via des documents diffusés par les institutions étatiques, par les collectivités locales ou par des associations et plateformes de ressources. Les procédures d'évaluation favorisent aussi les échanges entre les acteurs. Ces référentiels intègrent les objectifs de la politique nationale, aussi bien que d'autres paradigmes tels que ceux issus de la politique de la ville. Ainsi, les objectifs de la politique nationale se diffusent à travers ces référentiels, malgré l'expression, par certains acteurs locaux, d'un rejet du PNNS et de ses dispositifs et d'une volonté de développer une politique locale indépendante. On distingue une forme de coordination qui ne peut se résumer ni à de la contrainte ni à de l'incitation, mais qui relève de la diffusion et de l'assimilation de référentiels communs.

L'Annexe n° 3 de ce rapport présente un résumé complet du mémoire *Contraindre, inciter ou diffuser? La territorialisation de la politique nutritionnelle : enjeux de gouvernance et de coordination*, Clara Jacquot, 2021, 122 p.

ANNONCE DU PLAN

Le présent rapport a été construit comme une compilation et une mise en discussion de l'ensemble des rapports fournies dans le cadre de l'évaluation de l'axe 5 du PRS 2 au sein du consortium de la Chaire santé de Sciences Po Paris. Il est organisé selon les cinq parties suivantes :

- | | | |
|---|---|--|
| Partie 1. Connaissances, reconnaissance et usages du PRS 2 par les acteurs de la santé publique | } | Analyse de la réception du document du PRS 2 en tant que tel |
| Partie 2. La diffusion de nouvelles thématiques de santé publique. L'exemple de l'aide alimentaire | | |
| Partie 3. Animer un réseau territorial de santé publique | } | Diagnostic portant sur la diffusion et la mise en œuvre des trois caps stratégiques établis pour l'axe 5 |
| Partie 4. Les faibles crédits de la santé publique à l'ARS | | |
| Partie 5. Recommandations pour l'élaboration de futurs programmes de santé publique | | |

En conclusion, nous mentionnons que la longueur de cette partie introductive du rapport d'évaluation de l'axe 5 du PRS 2 est le témoin du travail mené par la Chaire santé pour établir un design d'évaluation de cet axe portant sur les questions de santé publique. En effet, face au constat de l'impossible évaluation des objectifs fixés dans l'axe 5, il a fallu redéfinir l'objet de l'évaluation et la

stratégie à mettre en place pour ce faire. Ce travail aurait sans doute pu être plus rapide si l'évaluation de l'axe 5 avait été pensée au moment même de la rédaction du PRS 2. Ainsi nous nous efforcerons dans ce rapport de souligner l'ensemble des éléments qui pourraient être utiles à la rédaction et *in fine* à l'évaluation de l'axe de santé publique du futur PRS 3 (Partie 5 de ce rapport).

PARTIE 1

CONNAISSANCES, RECONNAISSANCE ET USAGES DU PRS 2 PAR LES ACTEURS DE LA SANTÉ PUBLIQUE

L'AXE 5 AU SEIN DE L'ARS

Élaboration de l'axe 5

Le processus de rédaction du PRS 2 dans son ensemble et notamment de l'axe 5 en particulier a été un processus collégial mobilisant directement ou indirectement de nombreux agents de l'ARS, que cela soit au siège ou en délégation départementale. Les responsables des départements Prévention et promotion de la santé (PPS) ont été sollicités afin d'établir des diagnostics départementaux concernant les nouveaux besoins ou les nouvelles thématiques de santé publique sur leur territoire. Le comité de pilotage mis en place à l'échelle de l'axe 5 a été perçu par les agents de l'ARS enquêtés comme une instance ouverte. Les propositions de ce groupe de pilotage ont été soumises et sélectionnées par le siège de l'ARS, impliquant en particulier le directeur général de l'Agence, le directeur du PRS 2, le directeur de la stratégie, les directeurs métiers et le Comex (Comité exécutif).

La procédure d'élaboration du PRS 2 est jugée très positivement par l'ensemble des agents de l'ARS enquêtés : « *c'est un document participatif, un document de consensus* »⁴¹. Cependant, plusieurs d'entre eux ont pu exprimer leur regret de ne pas voir apparaître certaines thématiques de santé publique, ou seulement de manière très partielle. Parmi ces thématiques, plusieurs agents citent les addictions, la sexualité ou la périnatalité. De plus, pour certains agents en délégations départementales, les thématiques abordées dans le schéma régional de santé sont le reflet conjoncturel des ressources humaines alors en présence au siège au moment de la rédaction du document. Un agent de délégation départementale estime ainsi :

⁴¹ Entretien avec un agent du siège de l'ARS, Direction de la promotion de la santé et de la réduction des inégalités, le 28/10/2021.

« Les thématiques qui ressortent sont des thématiques sur lesquelles l'Agence régionale de santé avait un référent. Si au moment de l'écriture du PRS 2 il n'y avait pas de référent sur un sujet, il est complètement absent du PRS 2. »⁴²

Pour certains responsables de délégations départementales situées dans la grande couronne de la région parisienne, certaines thématiques phares de l'axe 5 (UFS, EIS) et notamment la priorité d'action « Généraliser les démarches d'intégration de la santé dans l'urbanisme et l'aménagement dans le contexte du Grand Paris » sont perçues comme étrangères à leur action quotidienne relevant de la santé publique.

Enfin, plusieurs agents enquêtés ont mentionné le fait qu'au moment de la consolidation de l'axe 5 en interne, une commission de la conférence régionale de santé et de l'autonomie d'Île-de-France (CRSA) avait essayé d'invertir l'ordre des axes du PRS 2. L'objectif était de placer « l'axe de la santé publique » en première position du projet régional de santé. Un agent du siège de l'ARS expliquait ainsi :

« Malheureusement, l'axe 5 est le dernier axe. Et il faut savoir que des membres de la CRSA avaient demandé à renverser le PRS 2. Ils ont demandé à ce que l'Axe 5 devienne l'Axe 1. Mais, vous voyez, on n'est pas prêts à faire ce shift, ce changement de paradigme. Pour nous, pour la plupart des collaborateurs de l'ARS, l'ARS, sa mission, c'est les établissements de santé, les hôpitaux, ce sont des missions régaliennes premières. Et se dire que : "non, on va s'intéresser à d'autres déterminants, on va essayer de mettre un pied dans la porte des acteurs de l'urbanisme, de l'aménagement, des transporteurs, peut-être même de l'éducation", ça n'a pas encore fait son chemin, même si l'ARS a plus de dix ans. Ça prend du temps. »⁴³

Nous n'avons pas pu vérifier l'exactitude de ces propos concernant la commission du CRSA. Les avis publics de ses différentes commissions concernant le PRS 2 ne font pas état de cette requête spécifique. Cependant ce témoignage n'est pas isolé parmi les propos recueillis auprès des enquêtés de l'ARS et constitue ainsi un indicateur de la perception qu'ont ces enquêtés sur la place attribuée à la santé publique au sein l'Agence.

Pilotage de l'axe 5 à en interne

Si les étapes de concertation et de rédaction des documents du PRS 2 sont jugées globalement comme très satisfaisantes par les agents de l'ARS enquêtés, les étapes de pilotage en interne du projet régional de santé sont en revanche considérées comme faibles, voire inexistantes. Un agent de la direction de la promotion de la santé et de la réduction des inégalités au siège exprimait ainsi l'idée suivante :

⁴² Entretien avec un responsable de département PPS d'une délégation départementale de l'ARS Île-de-France, juillet 2021.

⁴³ Entretien avec un agent du siège de l'ARS Île-de-France, août 2021.

« La rédaction du PRS a été menée selon un mode opératoire très clair, sa façon d'être élaboré a été très détaillée. [...] Toute son élaboration a été faite très très clairement là-dessus, avec toute transparence. En revanche, son suivi, son évaluation, son pilotage, son animation n'a pas eu autant de formalisme régional en fait. »⁴⁴

Afin d'appréhender la diffusion et la mise en œuvre des trois orientations stratégiques de l'axe 5, il nous a paru important d'évaluer dans un premier temps le pilotage de cet axe au sein de l'ARS. En effet, la circulation et l'animation en interne du PRS 2 ont aussi fortement influencé la mise en œuvre des priorités de santé publique listées dans ce projet régional de santé par les agents de l'ARS. Pour appréhender l'analyse de ce pilotage, nous l'avons décomposé en trois étapes principales dont nous rendons compte dans les sections suivantes :

- La diffusion des documents du PRS 2 et du contenu de l'axe 5, suite à sa publication ;
- L'animation et le suivi de sa mise en œuvre ;
- L'évaluation de ses objectifs.

La diffusion du contenu de l'axe 5 au sein de l'ARS

La finalisation du PRS 2 ne semble pas avoir fait l'objet d'événement de présentation majeur au sein de l'ARS. Parmi les 20 agents enquêtés au siège ou dans les délégations départementales de l'Agence, aucun ne se souvient du « lancement » du projet régional de santé. Ces extraits d'entretien illustrent ce point :

« Alors là je suis en train d'essayer de me souvenir, je crois que le PRS il est sorti entre les deux DG. [...] Je me souviens pas pour tout vous dire. »⁴⁵

« Il n'y a pas eu d'assemblée générale pour présenter le PRS. Par contre on a en interne tous les 15 jours ce qu'on appelle le café ARS. En fait, c'est des visios. Enfin, c'est soit en présentiel au siège, soit en visio dans les DD. Pendant 45 minutes on va présenter une thématique et on va... voilà. Et là, en l'occurrence, ils avaient présenté chaque axe dans un café ARS. »⁴⁶

Certaines délégations départementales ont cependant pris l'initiative de présenter le document du PRS 2 et ses objectifs au sein d'un comité de direction, d'un comité de direction élargi ou d'un Conseil territorial de santé (CTS). Ce fut le cas notamment dans les Yvelines ou dans les Hauts-de-Seine.

⁴⁴ Entretien avec un agent du siège de l'ARS, Direction de la promotion de la santé et de la réduction des inégalités, le 28/10/2021.

⁴⁵ Entretien avec un agent de délégation départementale de l'ARS Île-de-France, département PPS, septembre 2021.

⁴⁶ Entretien avec un agent de délégation départementale de l'ARS Île-de-France, département PPS, août 2021.

Dans le cadre des entretiens menés auprès des agents du siège et des délégations départementales, de nombreuses prises de poste récentes (moins de deux ans) ont pu être constatées. Nous avons systématiquement posé la question aux agents qui avaient pris leurs fonctions récemment si le document du PRS 2 leur avait été fourni et présenté à leur arrivée. Les réponses que nous avons reçues témoignent de situations diverses. Pour certains agents le document du projet régional de santé était déjà identifié comme clé. On peut citer par exemple cet extrait d'entretien : « Alors, c'est un document que je connaissais déjà. J'avais, voilà, connaissance, on va dire, du contenu très global de ce document-là. J'en ai pris connaissance, ça a été une des premières choses que j'ai faite à mon arrivée »⁴⁷. À l'inverse, dans d'autres délégations départementales, le schéma régional de santé n'a pas été introduit aux nouvelles recrues, témoignant du plus faible capital accordé à ce document dans certaines délégations. L'extrait d'entretien suivant illustre ce point :

*« On ne m'en a pas parlé du tout. Enfin vraiment, là on en a parlé parce qu'on avait cet entretien et que du coup j'ai fait un petit sondage auprès de mes collègues : "au fait le PRS, qu'est-ce que... enfin vous connaissez, on en est où, qu'est-ce que ça vous évoque ?" On sait très bien ce que c'est, par contre on n'en parle pas du tout. [...] C'est pas le premier document qu'on m'a remis quand je suis arrivée dans cette mission. »*⁴⁸

L'animation et le suivi de sa mise en œuvre

Qu'en est-il du suivi interne de l'axe 5 durant les années de programmation du PRS 2, de 2018 à 2022 ? De manière générale nous avons pu constater un délitement progressif des équipes assurant l'animation et la coordination de l'axe 5. Pour plusieurs axes du PRS 2, l'ARS avait nommé une personne « référente », en charge de centraliser les informations concernant le déploiement de ces axes. Ce fut notamment le cas pour l'axe 5, du moins durant les premières années de sa mise en œuvre. En effet, en 2021, lors de notre campagne d'entretiens à l'ARS, le référent de l'axe 5 n'était plus opérationnel sur ces sujets. De nombreux mails ont alors été échangés avec le siège (Direction de l'innovation, de la recherche, de la transformation numérique, Direction de cabinet et Direction de la santé publique) afin d'identifier la personne qui avait repris cette mission, mais sans succès. L'information n'était connue de personne et nous en avons conclu que la mission de « référent de l'axe 5 » avait disparu au sein de l'ARS, sans pour autant que les agents sollicités auprès des différentes directions du siège n'en soient informés ou n'en prennent acte.

Cette perte de suivi et de coordination de l'axe 5 avait été enclenchée deux années auparavant avec la dissolution progressive des groupes de travail affiliés au suivi de l'opérationnalisation des actions prioritaires de l'axe. En effet, au moment de la rédaction du PRS 2, une fois qu'ont été stabilisées

⁴⁷ Entretien avec un agent de délégation départementale de l'ARS Île-de-France, département PPS, le 02/09/2021.

⁴⁸ Entretien avec un agent de délégation départementale de l'ARS Île-de-France, département PPS, le 14/09/2021.

les thématiques générales de l'axe 5, des « sous-comités de pilotage » (sous-copil) ont été mis en œuvre par thématique. Ces sous-copil étaient portés par des agents de l'ARS en charge de coordonner la rédaction de plan d'action visant à opérationnaliser chaque thématique et à en assurer le *reporting* auprès de la direction afin que soit finalisée la rédaction globale du PRS 2. Ces sous-copils étaient constitués de manière *ad hoc* par l'ensemble des agents intéressés par les thématiques en question. Après le lancement du PRS 2, ces sous-groupes thématiques, appelés « projets de transformation », ont continué de se réunir pendant quelques mois : « *l'idée, c'était de pouvoir continuer à faire vivre ces actions et ces plans d'action* », ⁴⁹ explique ainsi l'un des référents de ces sous-groupes. Cependant, progressivement, ces groupes de travail ont arrêté de se réunir. Un responsable de l'un d'entre eux expliquait ainsi :

« Et puis après, je vous dis, ça s'est un peu étioilé.

« Ça s'est un étioilé au moment de la crise [de la Covid-19] ou avant ?

*Avant. Avant parce que, j'essaie de me rappeler... Je sais qu'on essayait de réunir les groupes, mais ça s'est... ouais, ça s'est étioilé. [...] J'ai dû réunir que deux fois le groupe. Et les gens ils venaient quasiment plus, enfin voilà. Et puis après, il y a eu la crise. »*⁵⁰

Cet étiolement a été commun à l'ensemble des sous-groupes thématiques de suivi de l'axe 5. Il est dans la plupart des cas intervenu avant la diffusion de leurs travaux (notes synthétiques, exemples d'action, plaidoyers, etc.) aux autres agents de l'ARS et en particulier auprès de ceux des délégations départementales. Plusieurs raisons de cet étiolement sont invoquées : un directeur de la stratégie peu impliqué dans le suivi du PRS 2, un directeur général embarqué dans d'autres dossiers et une succession de crises (Notre-Dame, les Gilets jaunes, les démissions à l'hôpital) jusqu'à celle du Covid-19. Certains sous-comités de pilotage de l'axe 5 avaient aussi été confiés à des agents de l'ARS qui allaient partir en retraite. Ce fut par exemple le cas pour le sous-groupe thématique portant sur la nutrition. La continuité et l'animation de groupes de travail, même informels, ont été dans ces conditions d'autant plus difficiles à assurer au sein de l'agence.

L'évaluation en interne du déploiement de l'axe 5

L'axe 5 du PRS 2 n'a donc pas fait l'objet de suivi de mise en œuvre en interne à l'ARS. Or, comme le rappelle un enquêté en délégation départementale, « *l'évaluation [du PRS 2] n'a de sens qu'à partir du moment où le document vit effectivement* »⁵¹. Le pilotage du déploiement de l'axe 5 s'étant délité progressivement, l'évaluation régulière de l'objectif de diffusion des enjeux de santé publique dans toutes les politiques ne semble pas avoir pris place au sein des équipes de l'ARS. Ainsi aucun document d'évaluation interne ne nous est parvenu, tel que des notes d'étape, des travaux

⁴⁹ Entretien avec le référent d'un sous-groupe thématique de l'axe 5 du PRS 2, le 16/09/2021

⁵⁰ Entretien avec le référent d'un sous-groupe thématique de l'axe 5 du PRS 2, le 16/09/2021

⁵¹ Entretien avec un agent de délégation départementale de l'ARS Île-de-France, département PPS, septembre 2021.

intermédiaires ou des bilans annuels sur la mise en œuvre de l'axe 5. Il faut cependant rappeler que notre enquête s'est clôturée à la fin de l'année 2021 et que nous n'avons donc pas de visibilité sur le travail de l'ARS en interne pour l'année 2022, dernière année du PRS 2. Pour les années précédentes, les agents en délégations départementales n'ont pas été sollicités pour rendre compte de leur mise en œuvre des actions prioritaires de l'axe 5. Pour certains agents de l'ARS, cette absence de suivi témoigne du fait que l'axe 5 n'a pas été écrit pour être évalué. L'un d'eux émettait l'hypothèse suivante lors d'un entretien : « *un des reproches majeurs [que l'on peut faire au PRS 2], c'est peut-être justement de pas l'évaluer parce qu'on n'a pas prévu son évaluation.* »⁵². Cette hypothèse semble être confirmée par l'analyse fournie en introduction de ce rapport d'évaluation. Plusieurs autres facteurs explicatifs ont été avancés concernant la « désertion » du suivi de cet axe : le contexte de gestion de la crise sanitaire, l'absence de portage en interne, le départ à la retraite de personne à la tête de sous-groupes thématiques, l'obsolescence rapide de certains objectifs de l'axe 5 ou encore le caractère non opposable de ses objectifs de santé publique. En effet, le PRS 2 est un document opposable excepté ce qui relève en son sein de la santé publique. Cette particularité n'est pas du ressort de l'ARS, mais dépend du cadre réglementaire national. Un directeur de délégation départementale expliquait ainsi :

« Le PRS 2 est un acte administratif qui est opposable, et donc qui est opposable aux partenaires, aux opérateurs, qui est opposable aux tiers. [...] Mais sur la santé publique en fait le document n'est pas opposable, l'Axe 5, l'Axe 4, effectivement sur ces... oui, voilà, tout ça, c'est pas... ce sont des plaidoyers... Mais par exemple "favoriser la santé dans la politique de la ville", si je mets pas en place [cette action], on va pas venir me taper sur les doigts.

Du coup ça veut dire que si au sein de l'Axe 5 vous aviez écrit par exemple : "il faut qu'il y ait tant de contrats de ville qui prennent en compte la thématique de la santé" légalement par le cadre national, vous n'auriez pas une obligation à remplir ce quota fixé au sein du PRS ?

Exactement. »⁵³

Il faut rappeler cependant que les établissements de santé publique relevant de l'offre de soins sont également évalués en fonction de leurs objectifs en santé publique. Ainsi, si l'axe 5 du PRS 2 n'est pas opposable, certaines actions en santé publique présentes dans d'autres axes du document bénéficient donc d'une évaluation. Concernant les actions prioritaires et les objectifs fixés par l'axe 5, leur non-opposabilité est un potentiel facteur explicatif de l'absence de suivi régulier de leur déploiement au sein de l'ARS. Cette absence d'opposabilité a pu par ailleurs constituer aussi un frein à l'action menée sur les territoires par les agents des délégations départementales. Certains agents expliquaient ainsi en entretien que le fait que l'axe ne soit pas opposable les empêchait par

⁵² Entretien avec un agent de délégation départementale de l'ARS Île-de-France, département PPS, septembre 2021.

⁵³ Entretien avec le directeur de la délégation départementale 78 de l'ARS Île-de-France, le 16/09/2021.

exemple « *d'aller convaincre la Préfecture* »⁵⁴ sur certaines nouvelles thématiques de santé publique.

Enfin, l'une des dernières raisons évoquées pour justifier du faible suivi des réalisations de l'ARS concernant le déploiement de l'axe 5 est la prescription partielle dont il a été l'objet. Certains agents de l'ARS soulignent en effet que plusieurs éléments du PRS 2 sont devenus assez rapidement obsolètes pour plusieurs raisons. Deux d'entre eux expliquent par exemple :

*« Je suis désolée, mais c'est pas le PRS 2 mon cadre de référence. Le PRS 2, c'est un truc macro qui a été mis en place à un moment donné, qui a une projection triennale, mais qui va de toute façon être soumis à des aléas comme nous on est soumis à des aléas. »*⁵⁵

*« Il faut dire les choses comme elles sont, dans la période du PRS 2, on s'est retrouvé avec le plan "Ma Santé 2022" qui a été un plan national avec une mise en œuvre obligatoire pour les ARS surtout sur le champ de l'offre de soins. On s'est retrouvé aussi avec le plan national de prévention. Et toutes les déclinaisons de stratégies nationales, stratégie nationale de santé sexuelle, le plan national nutrition santé, etc. On a aussi traditionnellement des objectifs nationaux qui nous sont dictés par l'État dans le cadre de la convention d'objectifs et de moyens avec l'État. Donc en fait vous comprenez bien que là avec l'ensemble de tous ces sujets qui sont arrivés tous en même temps, eh bien, la traduction opérationnelle des objectifs du PRS n'a pas pu... Enfin, moi c'est ma lecture. »*⁵⁶

Un autre événement majeur qui a rendu une partie des objectifs de l'axe 5 du PRS 2 caducs a été la survenue de la crise de la Covid-19 et des changements de priorités qui en ont résulté. La réactivité et le volontarisme des agents à modifier leurs missions et à travailler en fonction de nouvelles priorités témoignent de la capacité des ressources humaines de l'ARS à s'adapter à une nouvelle situation. Ainsi un agent de délégation départementale jugeait que l'obsolescence de certaines priorités de l'axe 5 ne constituait pas en soi un problème :

*« C'est évident qu'il y a une forme d'obsolescence programmée dans ce document. C'est inévitable, mais c'est pas gênant, pour moi c'est pas un problème, ce qui est un problème c'est de ne prendre le temps de la reconnaître. On pourrait se dire "on voit ça... on aurait aimé... on va pas être en possibilité de le faire. Donc on clôt [l'action] ou on la met en stand-by ou on la reporte à plus tard", etc. »*⁵⁷

⁵⁴ Entretien avec un agent de la délégation départementale 91 de l'ARS Île-de-France, département PPS, le 02/07/2021.

⁵⁵ Entretien avec un responsable de département PPS d'une délégation départementale de l'ARS Île-de-France, septembre 2021.

⁵⁶ Entretien avec un agent du siège de l'ARS, Direction de la promotion de la santé et de la réduction des inégalités, le 28/10/2021.

⁵⁷ Entretien avec un agent de délégation départementale de l'ARS Île-de-France, département PPS, septembre 2021.

L'absence d'accompagnement des équipes de l'ARS concernant le déploiement d'actions dans le cadre de l'axe 5 du PRS 2 et de leur évaluation, ne les a cependant pas empêchés de mettre en œuvre des actions et des projets s'inscrivant dans les orientations stratégiques de cet axe. Ainsi, de nombreux agents affirment qu'un nombre conséquent d'actions ont été menées dans l'esprit des orientations stratégiques du PRS 2. Ces deux extraits d'entretien, l'un d'un agent du siège, l'autre d'un ancien responsable de sous-groupe thématique, témoignent de cet état de fait :

« Vous voyez, par exemple sur la nutrition, on avait fixé des objectifs de meilleure appropriation des déterminants et des bonnes pratiques nutritionnelles notamment à l'âge scolaire, bah on a mené des actions de formation des enseignants en lien avec la direction générale de l'alimentation et un certain nombre de partenaires. Et donc il y a plein d'enseignants qui ont été formés pour enseigner les repères nutritionnels dans leur établissement scolaire. Ça répond totalement à l'objectif, mais on n'est pas allé remplir une case pour dire : "voilà, il y a tel truc qui a été fait". Mais moi je pense que globalement il y a quand même beaucoup de choses qui ont été faites dans l'esprit des objectifs du PRS et notamment de l'Axe 5, mais qui n'ont pas été formalisées. »⁵⁸

« Par ailleurs, là, j'étais en train de reprendre la fiche, il y a quand même des choses qui ont été faites pas nécessairement en suivant... en ayant un groupe de travail qui a suivi strictement le plan d'action. Mais il y a des choses qui ont été faites parce qu'en fait ça a quand même diffusé en chacun de nous et que les DD et les DN se sont appropriées. Et donc il y a des choses qui ont été mises en place. »⁵⁹

Après avoir rendu compte du pilotage de l'axe 5 en interne à l'ARS, nous décrivons dans la section suivante comment les agents en délégation départementale se sont approprié les documents du PRS 2 et les usages qu'ils en ont faits pour guider ou non leurs actions en santé publique.

Usages du document en délégation départementale

Un document reconnu comme stratégique, mais peu opérationnel

L'un des points de vigilance de la Conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA) sur les documents du PRS 2 portait sur la déclinaison opérationnelle de l'axe 5, soulignant qu'il s'agissait là d'une attente importante de la part des acteurs en santé publique. Deux extraits de la note d'accompagnement de l'avis du CRSA sur le PRS 2 soulignent ce point de vigilance :

⁵⁸ Entretien avec un agent du siège de l'ARS, Direction de la promotion de la santé et de la réduction des inégalités, le 28/10/2021.

⁵⁹ Entretien avec un ancien membre du sous-comité de pilotage « Politique de la ville » de l'axe 5 du PRS 2, le 16/09/2021.

[Les propositions du PRS 2] ont donc fait consensus, même si la déclinaison opérationnelle de ces axes apparaît parfois peu lisible, notamment dans le domaine de la prévention et dans le secteur du médico-social qui aurait mérité sans doute, de plus larges développements.⁶⁰

Sur la mise en œuvre du PRS 2, la CRSA a conscience que le projet est un document prospectif et de synthèse. Il convient que les priorités et les objectifs affichés, les résultats attendus, les calendriers de mise en œuvre, les moyens humains et financiers, soient précisés, y compris jusqu'aux territoires — c'est une attente forte des acteurs.⁶¹

Cependant, ce point de vigilance n'a manifestement que peu été pris en compte puisque l'une des premières caractéristiques du PRS 2 que les agents de l'ARS en délégations départementales mentionnaient de manière quasi invariable lors de nos entretiens était le manque d'opérationnalité de l'axe 5. Nous citons ici plusieurs témoignages de responsables de département prévention et promotion de la santé et d'agents en délégation départementale :

« Je peux pas dire que j'ai été très satisfaite, parce que j'ai trouvé qu'il était pas du tout opérationnel, cet axe. Il était vraiment pas opérationnel, contrairement à d'autres. »⁶²

« Alors il y a eu des grands discours sur la place de la prévention, de la promotion de la santé au cœur du parcours. Ça, il y a eu des discours, il y a pas de doute. Mais quand on voit au niveau opérationnel, en fait, l'opérationnalité se résume à la création de nouvelles structures, et de nouvelles structures de soins. En fait il y a pas le passage de l'idée [du plaidoyer] à la déclinaison opérationnelle. »⁶³

« En matière de prévention, on n'a aucun objectif chiffré à proprement parler. Autant côté offre de soins, ça va toujours se traduire par le déclenchement d'une enveloppe ou... ou ce genre de chose ; où en matière de prévention, jamais. C'est vraiment des objectifs qui sont très théoriques et des objectifs de santé publique qu'on décline ou pas suivant ce qu'on peut ou pas. On fait tout ce qu'on peut pour le faire, mais il y a tout un tas d'objectifs du programme national de la nutrition santé qui relèvent un peu de l'incantation quoi. "Il faut qu'on", "il faudrait"... Ouais, OK, après... Après, au niveau opérationnel, c'est pas du tout... c'est pas opérationnel du tout »⁶⁴

⁶⁰ Note d'accompagnement de l'Avis sur le Projet Régional de la Santé 2e génération, CRAS Île-de-France, le 29 mai 2018, p.2.

⁶¹ Note d'accompagnement de l'Avis sur le Projet Régional de la Santé 2e génération, CRAS Île-de-France, le 29 mai 2018, p.5.

⁶² Entretien avec un responsable de département PPS d'une délégation départementale de l'ARS Île-de-France, juillet 2021.

⁶³ Entretien avec un responsable de département PPS d'une délégation départementale de l'ARS Île-de-France, juillet 2021.

⁶⁴ Entretien avec un chargé de mission « nutrition » d'une des délégations départementales de l'ARS Île-de-France, octobre 2021.

« Mais c'est vrai que sur le PRS, aujourd'hui, je m'appuie pas dessus de façon opérationnelle. Je m'appuie dessus simplement pour avoir les grandes idées. Et j'aimerais que ce document puisse être utilisé un peu plus... peut-être pas quotidiennement, mais un peu plus régulièrement par les équipes pour construire leur action au niveau du département. »⁶⁵

Un document qui sert à « avoir les grandes idées » est aussi une caractéristique récurrente du PRS 2 pour les agents de l'ARS en délégation départementale qui s'en servent donc davantage pour guider « [leurs] missions et [leurs] priorités »⁶⁶, que le choix des actions mises en œuvre sur le terrain. De manière globale, le PRS 2 est un document qui n'a été consulté que très marginalement, surtout en début de programmation : « Je dirais que c'est un document que j'ai lu une fois pour regarder les grandes lignes »⁶⁷. Les extraits d'entretien suivant illustrent cette idée d'un document très peu mobilisé par les agents en délégation départementale, en dehors de ses « grandes lignes » :

« [Le PRS 2 c'est] de grandes lignes qui nous permettent de guider et d'impulser des dynamiques sur certains territoires. Je pense, par exemple, à inscrire la santé dans toutes les politiques. Très bien, c'est la base de nos différents CLS, c'est là-dessus qu'on essaie de travailler. Donc, c'est vrai qu'on se base là-dessus, on essaie de faire de la pédagogie, on a, justement, avec le pôle ressource, mis en place des journées à destination des élus pour expliquer quel était l'avantage du fait d'inscrire la santé dans toutes les politiques, de la transversalité. Et donc, on travaille sur ces sujets avec la grande idée, on va dire, qui est issue du PRS »⁶⁸

« Mais après, je pense que ce qui est intéressant, pour préparer cet entretien, j'ai relu en tout cas l'axe 5 où je me dis : "ah mais oui, en fait c'est ça qu'on fait". Et je pense que c'est intéressant de temps en temps de relire aussi pour se rappeler en fait le cadre général de notre mission. C'est... oui, ça c'est important, mais... ça s'arrête là. »⁶⁹

« Alors, très honnêtement, le PRS, ça nous donne les grandes orientations. Mais en termes d'opérationnalité, nous, on utilise des documents qui sont fournis par les référents métiers, au niveau du siège, ce qu'on appelle les fiches métiers [...] et

⁶⁵ Entretien avec un responsable de département PPS d'une délégation départementale de l'ARS Île-de-France, septembre 2021.

⁶⁶ Entretien avec un responsable de département PPS d'une délégation départementale de l'ARS Île-de-France, juillet 2021.

⁶⁷ Entretien avec un agent de délégation départementale de l'ARS Île-de-France, département PPS, juillet 2021.

⁶⁸ Entretien avec un responsable de département PPS d'une délégation départementale de l'ARS Île-de-France, septembre 2021.

⁶⁹ Entretien avec un chargé de mission « nutrition » dans une délégation départementale de l'ARS Île-de-France, département PPS, le 14/09/2021.

aussi on se base énormément sur ce qu'on appelle, en interne, le guide du promoteur. »⁷⁰

D'autres documents sont ainsi cités par les agents de l'ARS en délégation départementale comme étant des documents « *plus utiles* »⁷¹ à leur action de prévention et de promotion de la santé sur les territoires d'Île-de-France. Nous listons ici les documents parmi les plus cités en entretien, en présentant aussi une synthèse de l'appréciation qu'en ont les agents.

- **Le guide d'orientation à l'intention des partenaires**⁷². C'est le document le plus cité et le plus apprécié des agents des délégations départementales avec lesquels nous nous sommes entretenus : « *ça pour le coup, c'est le premier document qui m'a été déposé sur mon bureau [à ma prise de poste] que je me suis bien approprié et qu'on utilise très très souvent* »⁷³. Lors des campagnes de financement annuelles des actions de prévention, ce guide sert de référence à la fois pour les agents de l'ARS et à la fois pour les acteurs locaux de la santé publique (associations, collectivités territoriales, établissements de santé, réseaux de santé locaux, etc.). Ce document, souvent appelé « guide du promoteur », détaille l'ensemble des priorités de l'ARS et fournit des exemples d'actions probantes sur lesquelles peuvent s'appuyer les opérateurs ainsi que des indicateurs qui permettent d'en opérer un suivi. Ce document est à la fois largement utilisé par les agents des délégations départementales, mais aussi par leurs partenaires locaux que cela soit au stade d'écriture des projets, de leur mise en place ou de leur évaluation. Le contenu de ce guide est relativement stable d'une année à l'autre, ce qui permet aux agents des délégations départementales de bien en maîtriser le contenu. Un agent en délégation départementale résume ainsi : « *Alors ce guide-là on s'en sert très très souvent et surtout on le diffuse à nos opérateurs pour qu'ils cadrent leurs projets, et notamment l'évaluation de leurs projets. On leur demande de se référer à ce guide pour trouver les indicateurs pertinents, être sûr que leur projet par exemple en nutrition correspond bien aux actions qui sont listées dans le guide. Donc ça, c'est vraiment le document. [...] Aujourd'hui si c'est sûr que je me réfère pas au PRS, c'est parce que le guide me sert vraiment de base et puis il me suffit, on va dire* »⁷⁴. Il faut noter que de nombreuses références sont faites au PRS 2 dans ce guide d'orientation. Cependant la description des orientations de l'axe 5 qui y figure ne recouvre pas celles

⁷⁰ Entretien avec un responsable de département PPS d'une délégation départementale de l'ARS Île-de-France, septembre 2021.

⁷¹ Entretien avec un responsable de département PPS d'une délégation départementale de l'ARS Île-de-France, juillet 2021.

⁷² L'intervention en prévention et en promotion de la santé en Ile-de-France 2018-2022, guide d'orientation à l'intention des partenaires, ARS, avril 2018, 85 p.

⁷³ Entretien avec un chargé de mission « nutrition » d'une délégation départementale de l'ARS Île-de-France, le 14/09/2021.

⁷⁴ Entretien avec un agent de la délégation départementale de l'ARS Île-de-France, département PPS, septembre 2021.

détaillées dans le schéma régional de santé ou dans le cadre d'orientation stratégique. Le guide du promoteur est en effet antérieur à la parution de ces documents du PRS 2. En ce sens il ne saurait être considéré comme une déclinaison opérationnelle du projet régional de santé en matière de santé publique.

- **Les « fiches-métier »** sont les fiches d'actions rédigées par les directions métiers du siège de l'ARS sur un certain nombre de thématiques de la santé publique. Ces fiches sont souvent présentées comme le pendant opérationnel du PRS 2. Une comparaison effectuée par nos soins portant sur quatre d'entre elles⁷⁵ permet de dégager quelques informations générales à leur sujet. Les « fiches-métier » sont rédigées de manière similaire. Elles offrent aux agents en délégation départementale des informations claires concernant la personne référente au siège de l'ARS sur la thématique traitée, les attendus, les liens avec les différents programmes d'action régionaux ou nationaux (dont le PRS 2), l'imputation budgétaire, les références mobilisables par les partenaires et quelques éléments opérationnels comme des exemples d'actions ou des indicateurs d'évaluation. Ces fiches-métier ne sont cependant pas toutes égales quant au niveau de précision et d'exhaustivité fourni concernant les éléments précédents. Certains agents précisent aussi que ces fiches ne constituent pas l'alpha et l'oméga de l'opérationnalisation de l'axe 5 du PRS 2 : « *[les fiches-métier] ça a complété un petit peu le PRS qui est peut-être un peu parfois généraliste. Ça a un petit peu complété... un petit peu* »⁷⁶. D'autres soulignent le fait que les fiches-métiers traitent des orientations prioritaires de l'axe 5, mais n'épuisent pas l'entièreté de la thématique traitée. Par exemple, concernant la fiche « nutrition », un chargé de mission expliquait en ces termes : « *La fiche nutrition était très orientée sur l'insécurité alimentaire, mais parce que c'était la priorité du moment en fait. Sauf que et bien, sur le terrain, c'est pas forcément la thématique qui était majoritaire. Donc oui, il faut la développer. Mais déjà sur ce qui est fait, qu'est-ce qui est... quelles sont les recommandations, qu'elles sont les actions efficaces ? Et ça, j'avoue que j'ai dû faire des recherches parallèles [pour savoir] par exemple en nutrition, quelles stratégies d'action sont efficaces ? Qu'est-ce qui fonctionne auprès des jeunes ? Et ça, je l'ai eu via d'autres documents de Santé publique France plus exactement* »⁷⁷. Par ailleurs les fiches-métier ne sont pas connues de tous les agents en délégation départementale. L'un d'entre eux interrogé sur le sujet et travaillant depuis plus de trois ans dans un département PPS d'une délégation départementale déclarait ainsi : « *Euh... je réfléchis. J'en vois pas de fiche thématique... non. Je... peut-être sur la santé mentale. Pas*

⁷⁵ Les fiches étudiées sont celles ayant trait à la nutrition, alimentation et activité physique, au renforcement du parcours santé des personnes hébergées, à la santé des femmes et aux compétences psychosociales.

⁷⁶ Entretien avec un agent de la délégation départementale du 95 de l'ARS Île-de-France, département PPS, novembre 2021.

⁷⁷ Entretien avec un chargé de mission « nutrition » d'une délégation départementale de l'ARS Île-de-France, novembre 2021.

forcément des fiches thématiques, mais peut-être un petit peu plus de... de référentiel ou d'information »⁷⁸.

- Le **Plan régional de santé et environnement (PRSE)**. Ce plan est jugé plus « opérationnel » et plus « orienté »⁷⁹ que le PRS 2 par certains agents des délégations départementales. L'un des aspects appréciés de ce document est la cohérence qu'il présente avec les orientations nationales de santé. Les agents peuvent ainsi décliner ce PRSE localement sans se mettre en porte-à-faux avec les autres déclinaisons locales de programmes de santé publique. Un agent expliquait par exemple : « moi, j'utilise davantage le PRSE que le PRS. C'est un document national qui est décliné au niveau régional. [...] Alors, on pourrait déplorer que la région a moins la main dessus, mais au moins, le PRSE, il est toujours conforme aux orientations nationales. [Alors que] je trouve que le PRS est un peu trop déconnecté des orientations nationales »⁸⁰.

D'autres documents sont cités par les agents en délégation départementale, mais de manière plus marginale comme le **Projet régional Sport Santé Bien-Être 2017-2020** ou la **Note de cadrage du Fonds d'intervention régional**, qui n'a cependant pas été actualisée en 2021. Malgré l'ensemble de ces documents listés ici, plusieurs agents déplorent cependant n'avoir que « très peu de ressources »⁸¹ pour cadrer leur action d'un point de vue stratégique, opérationnel ou organisationnel.

Des priorités d'action partiellement reconnues comme... prioritaires

Au-delà des enjeux d'opérationnalité de l'axe 5 et de la traduction de celui-ci dans des actions particulières de prévention et de promotion de la santé, nous avons interrogé l'appropriation des orientations stratégiques de cet axe par les agents des délégations départementales de l'ARS. Selon les enquêtés, les thématiques mises en avant dans le PRS 2 sont limitées (comme décrit dans la première section de cette partie) et jugées parfois « à côté des priorités du terrain »⁸², parfois « trop à cheval avec le social »⁸³. C'est notamment le cas pour la thématique de l'aide alimentaire qui jusqu'alors ne figurait que très marginalement dans le portefeuille d'action des départements de santé publique des délégations départementales.

⁷⁸ Entretien avec un agent de délégation départementale de l'ARS Île-de-France, département PPS, septembre 2021.

⁷⁹ Entretien avec un responsable de département PPS d'une délégation départementale de l'ARS Île-de-France, juillet 2021.

⁸⁰ Entretien avec un agent de la délégation départementale 91 de l'ARS Île-de-France, département PPS, le 02/07/2021.

⁸¹ Entretien avec un responsable de département PPS d'une délégation départementale de l'ARS Île-de-France, septembre 2021.

⁸² Entretien avec un responsable de département PPS d'une délégation départementale de l'ARS Île-de-France, juillet 2021.

⁸³ Entretien avec un responsable de département PPS d'une délégation départementale de l'ARS Île-de-France, juillet 2021.

Cependant la sélection des thématiques de l'axe 5 n'est pas réellement contestée par les enquêtés dans la mesure où celle-ci ne contraint pas leurs actions. En effet, le PRS 2 constitue un cadre d'orientation suffisamment souple pour que les thématiques locales jugées prioritaires sur le terrain puissent quand même s'y inscrire. Des agents de délégation départementale expliquaient ainsi :

« Si une thématique ne ressort pas dans le PRS 2 et qu'elle ressort dans un diagnostic local, on va essayer de la prendre en compte. Nos partenaires nous le disent aussi, "rentrer dans le PRS 2 c'est pas difficile". »⁸⁴.

« Comme on est très à l'écoute des besoins des territoires, si une thématique ne ressort pas dans le PRS 2, mais qu'elle ressort dans un diagnostic local, on va essayer de le prendre en compte. »⁸⁵

Nous illustrons cette situation avec un exemple dans le département du Val-d'Oise où les derniers indicateurs locaux concernant les enjeux de périnatalité faisaient état de « chiffres assez, voire très inquiétants »⁸⁶. Ces enjeux ne sont que très partiellement abordés dans l'axe 5 du PRS 2, et principalement par le prisme des questions d'hébergement des femmes enceintes ou sortantes de maternité et n'ayant pas de solution de logement. Pourtant, les agents de la délégation départementale du 95 n'ont pas eu de difficultés à établir et à mener à bien un plan d'action sur la périnatalité dans le département en partenariat avec la préfecture et le conseil départemental. L'un d'eux expliquait ainsi :

« Dès lors qu'une thématique ressort dans un autre cadre [que celui du PRS 2] et qu'elle est annoncée comme une priorité pour le département, on va avoir des marges de manœuvre suffisantes pour agir [même s'il ne s'agit pas] d'un objet prioritaire dans le PRS 2. Ça va pas nous contraindre pour suivre ou pour impulser quelque chose sur ce thème, si par ailleurs on a d'autres directives qui nous permettent de financer les actions. »⁸⁷

Concernant la périnatalité en particulier, les appels à projets thématiques de l'ARS complémentaires au fonds d'intervention régional, ont aussi encouragé cette dynamique locale.

Le fait que les orientations énoncées dans le PRS 2 ne soient pas exclusives et que les priorités d'action des départements PPS des délégations départementales puissent s'adapter aux réalités locales est un élément apprécié par les agents. Cette situation témoigne aussi du caractère faiblement prescripteur des documents du PRS 2. Les orientations principales et les actions prioritaires de l'axe 5 sont ainsi perçues comme une simple indication pour le déploiement de l'action

⁸⁴ Entretien avec un responsable de département PPS d'une délégation départementale de l'ARS Île-de-France, juillet 2021.

⁸⁵ Entretien avec un agent de la délégation départementale 91 de l'ARS Île-de-France, département PPS, le 02/07/2021.

⁸⁶ Entretien avec un agent de la délégation départementale 95 de l'ARS Île-de-France, département PPS, le 02/09/2021.

⁸⁷ Entretien avec un agent de la délégation départementale 95 de l'ARS Île-de-France, département PPS, le 02/09/2021.

en santé publique sur les territoires et non comme un cadre d'orientation prioritaire pour les agents des délégations départementales de l'ARS.

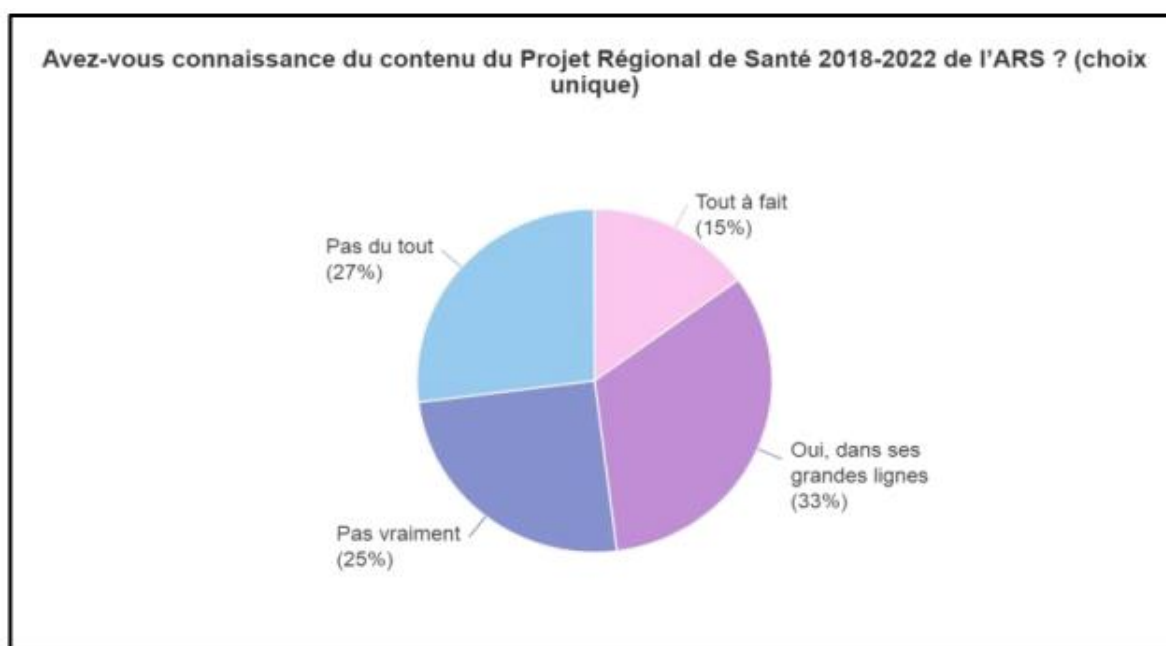
LE PRS 2 PARLE-T-IL AUX ACTEURS DE SANTÉ PUBLIQUE DU TERRITOIRE ?

Après avoir traité du déploiement et de la réception de l'axe 5 du PRS 2 par les agents de l'ARS, nous analysons dans cette section l'appropriation de ce document par partenaires locaux de l'ARS sur les territoires de la région Île-de-France.

Une connaissance limitée du PRS 2

Seulement une partie des acteurs locaux de la santé publique sur les territoires connaissent l'existence et/ou le contenu du PRS 2 et de son axe 5. Sur un échantillon d'une centaine de collectivités territoriales actives en matière de santé publique, 15 % affirmaient bien connaître le document et 33 % en connaître les grandes lignes⁸⁸. 52 % d'entre eux affirmaient ne pas connaître « du tout », ou ne pas connaître « vraiment » le contenu du PRS 2. Il faut rappeler que cet échantillon est constitué d'acteurs de collectivités territoriales (agents ou élus) parmi les plus engagées en région Île-de-France en termes de prévention et de promotion de la santé. Ainsi, en dépit de leur

⁸⁸ Rapport *Promouvoir la santé publique*, Master Stratégies Territoriales et Urbaines de l'école d'urbanisme de Sciences Po Paris, 2021, 119 p.



travail sur ces thématiques de santé publique et malgré leur collaboration active avec l'ARS, seule la moitié de ces acteurs locaux connaissent l'existence du projet régional de santé de l'Agence.

Sur ce panel de 102 répondants, le statut des enquêtés a un impact sur leur niveau de connaissance du PRS 2. Ainsi, en comparaison avec les agents techniques (directeurs de service, chargés de mission ou coordinateurs de programme), les élus ont en général une connaissance moins grande du projet régional de santé de l'ARS. Ils sont 65 % à déclarer ne pas connaître vraiment ou ne pas connaître du tout le contenu de ce document, contre 33 % pour les agents techniques des services. D'autres variables jouent sur la diffusion du PRS 2 auprès des acteurs locaux de santé publique telles que la taille des collectivités ou la présence de QPV en leur sein. Les collectivités de moins de 20 000 habitants disent à 71 % ne pas posséder de connaissance sur le PRS 2, alors que 68 %

Figure SEQ Figure * ARABIC 2. Degré de connaissance du PRS 2 des collectivités territoriales d'Île-de-France, N=100. Source : Rapport Promouvoir la santé publique, Master Stratégies Territoriales et Urbaines de l'école d'urbanisme de ScPo Paris, 2021, 119 p.

des collectivités de plus de 50 000 habitants le connaissent au moins dans les grandes lignes (figure n°3). De même, les collectivités possédant des QPV sont 59 % à connaître le projet régional de santé au moins dans ses grandes lignes, contre 38 % pour celles ne possédant pas de QPV.

Croisement : Votre commune compte : (choix unique) / Avez-vous connaissance du contenu du Projet Régional de Santé 2018-2022 de l'ARS ? (choix unique)

VOTRE COMMUNE COMPTE : (CHOIX UNIQUE)	AVEZ-VOUS CONNAISSANCE DU CONTENU DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ 2018-2022 DE L'ARS ? (CHOIX UNIQUE)					TOTAL
	TOUT À FAIT	OUI, DANS SES GRANDES LIGNES	PAS VRAIMENT	PAS DU TOUT	CERTAINES PARTIES PLUS PRÉCISEMENT (PRÉCISEZ)	
Moins de 5000 habitants	0%	0%	0%	100%	0%	100%
Entre 5 000 et 20 000 habitants	6%	22%	31%	41%	0%	100%
Entre 20 000 et 50 000 habitants	30%	33%	30%	7%	0%	100%
Plus de 50 000 habitants	18%	50%	18%	14%	0%	100%
Ne sait pas	0%	0%	100%	0%	0%	100%
TOTAL	17%	33%	28%	22%	0%	

■ Éléments sous-représentés ■ Éléments sur-représentés

La relation est significative. p-value = 0,0 ; Khl2 = 24,1 ; ddl = 12.

Figure SEQ Figure * ARABIC 3. Croisement entre le nombre d'habitants de la collectivité et la connaissance du contenu du Projet Régional de Santé 2018-2022 de l'ARS, N=100. Source : Rapport Promouvoir la santé publique, Master Stratégies Territoriales et Urbaines de l'école d'urbanisme de ScPo Paris, 2021, 119 p.

Statistiquement, le PRS 2 apparaît donc comme un document assez mal connu dans son ensemble par les collectivités territoriales travaillant sur les thématiques de la santé publique. Ces résultats concordent avec l'analyse des données qualitatives récoltées sur le terrain. Sur la trentaine d'entretiens réalisés dans des collectivités territoriales en Île-de-France, aucun enquêté n'a affirmé connaître précisément le PRS 2. Par ailleurs, peu d'entre eux ont déclaré que leurs actions s'inscrivaient dans le cadre de cette programmation de l'ARS.

Un autre élément ressort de ces entretiens : le fait que le PRS 2 soit perçu comme un document s'adressant en priorité aux « professionnels de santé ». La responsable nutrition d'une très grande agglomération en région Île-de-France soulignait ainsi :

« Vous me parlez de l'axe 5 là, moi ça me demande maintenant d'aller voir ce qu'est précisément l'axe 5 après notre appel [l'entretien se déroulait en visioconférence]. Vous voyez ce que je veux dire ? Sauf si vous parlez directement à un professionnel de santé, personne ne sait vraiment ce qu'est le PRS. »⁸⁹

Sous le vocable « professionnel de santé », ce sont principalement les professionnels de l'offre de soins qui sont désignés. Une ingénieure de l'équipe des évaluations d'impacts sur la santé (EIS) d'une grande ville de la région soulignait à son tour :

⁸⁹ Entretien avec la coordinatrice du programme Santé Nutrition d'une grande agglomération d'Île-de-France, le 03/12/2020.

« Quand on parle d'un Plan Régional de Santé, on a l'impression que, enfin d'une façon générale, santé, cela va faire tout de suite offre de soins. [...] Je pense que pour certains il y a encore ce côté PRS, santé, offre de soins, donc ça ne concerne pas tout le monde, c'est fait pour les professionnels de la santé, c'est mon avis personnel. »⁹⁰

Au niveau des promoteurs de projets locaux de santé publique hors collectivités territoriales tels que les associations, les pôles santé ou les CLS, le niveau de connaissance du PRS 2 et de son axe 5 est lui aussi limité. Les dossiers d'accompagnement que déposent ces acteurs dans le cadre des campagnes de financement régionales de l'ARS en attestent. D'après les dires de plusieurs agents de délégations départementales, la question « Le projet répond-il à un des 5 axes de transformation du PRS 2 ? »⁹¹ est en effet celle qui reçoit en général le plus mauvais taux de réponse dans le cadre de la campagne du fonds régional d'investissement (FIR). Un agent de délégation départementale expliquait ainsi :

« À chaque fois, sur tous les projets qu'on a, on se questionne si ça rentre dans le PRS ou pas. Mais je sais que c'est une difficulté dans le remplissage, par exemple, des grilles d'évaluation. Je sais que c'est souvent une question qui n'est pas remplie ou mal remplie parce que c'est parfois très compliqué de faire entrer un projet dans un des axes du PRS, par exemple. [...] Et c'est assez difficile, en fait, sur des projets très concrets de territoire, parfois, de les inclure et de savoir si, oui, ça correspond bien à tel axe ou à tel objectif du PRS. »⁹²

Pour reprendre la formule d'une enquêtée, le PRS 2 apparaît donc pour les promoteurs locaux de santé publique, comme un document d'orientation « *parmi d'autres* » et plutôt destiné aux « *professionnels de santé* ». Si le recours à ce document est faible, il existe cependant. Nous en détaillons les usages dans la partie suivante.

Usages du PRS 2 par les opérateurs locaux de la santé publique

On peut distinguer deux types d'usages des documents du PRS 2, et en particulier du schéma régional de santé, de la part des partenaires locaux de l'ARS en matière de santé publique. Nous nous appuyons sur un extrait d'entretien auprès d'un agent de la délégation départementale des Hauts-de-Seine afin d'identifier ces usages :

« Vous avez des villes qui sont bien équipées avec des équipes bien renforcées. Et donc, qui connaissent bien ces outils et qui les lisent. Et dans leurs demandes, ils

⁹⁰ Entretien avec une chargée de mission d'un programme EIS d'une grande agglomération d'Île-de-France, le 11/12/2020.

⁹¹ Modèle d'instructions pour la grille d'analyse 2021 — Prévention et promotion de la santé, document ARS adapté par la délégation départementale 95.

⁹² Entretien avec un agent de la délégation départementale 95 de l'ARS Île-de-France, département PPS, le 02/09/2021.

vont faire référence, ils vont s'appuyer sur ce document (Aubervilliers, Montreuil, Saint-Denis). Et puis vous avez d'autres villes où ça sera beaucoup moins le cas, ils vont y faire allusion, mais pas de manière très très précise. Idem pour les assos : de grosses associations qui suivent l'actualité, qui connaissent bien. Ils vont faire référence à ces documents, ils vont adapter leur projet en fonction de ces documents. »⁹³

On dénombre ainsi des usages « opportunistes » et des usages « structurels » du projet régional de santé de la part des acteurs locaux de santé publique. Les usages dits « opportunistes » font référence aux mobilisations ponctuelles et partielles du PRS 2 dans le but d'appuyer des demandes de financement auprès de l'ARS. Certains agents de délégations départementales soulignent ainsi qu'ils reçoivent des demandes de financement ou de collaboration qui s'appuient sur l'argumentaire « regardez, on rentre dans le PRS 2, donc aidez-nous »⁹⁴, alors même que selon-eux : « rentrer dans le PRS 2 c'est pas difficile, il y a toujours un moyen de s'y raccrocher »⁹⁵. Les usages du PRS 2 que l'on qualifie de « structurels » mobilisent davantage le projet régional de santé comme une manière de guider voire de repenser l'action menée localement en matière de santé publique. Cet usage est plutôt l'apanage des « gros » acteurs de santé publique sur les territoires. Il nécessite un temps d'appropriation du document et un temps d'assimilation de celui-ci important, que seules les structures dotées de moyens humains suffisants et suffisamment formés peuvent s'octroyer.

Qu'il s'agisse d'un usage « opportuniste » ou d'un usage « structurel », les utilisations du PRS 2 effectuées par les acteurs de santé publique des territoires permettent dans tous les cas la diffusion des objectifs stratégiques de l'ARS et la construction d'une culture commune autour de référentiels partagés. Les conclusions du rapport *Les politiques locales de santé* réalisé dans le cadre de l'évaluation de l'axe 5 indiquent ainsi :

Dans les faits, nous remarquons que le PRS 2 est davantage un outil de dialogue entre échelons territoriaux qui permet à chaque acteur de communiquer avec un vocabulaire commun sur les objectifs de leurs actions, et leur assurer une forme de pérennité. En effet, le PRS 2 est écrit en intégrant certaines actions qui fonctionnent déjà bien, afin de les soutenir : leur apporter une légitimité supplémentaire et des financements. Certaines communes vont repenser leurs actions de telle sorte que celles-ci soient conformes aux attentes du PRS pour assurer la continuité de leurs financements. Plus qu'une source d'autorité sur les actions mises en œuvre, c'est un référentiel commun, un outil de travail et de moyens alloués.⁹⁶

⁹³ Entretien avec un agent de la délégation départementale 92 de l'ARS Île-de-France, département PPS, le 23/07/2021.

⁹⁴ Entretien avec un agent de la délégation départementale 91 de l'ARS Île-de-France, département PPS, le 02/07/2021.

⁹⁵ Ibid.

⁹⁶ *Les politiques locales de santé*, 2020, rapport final d'étudiants du Master Stratégies Territoriales et Urbaines de l'école d'urbanisme de Sciences Po Paris, p.8.

Ces conclusions sont fondées sur la construction et l'analyse de monographies menées dans quatre communes d'Île-de-France au sujet de leur mise en œuvre de politiques de santé publique et de leur collaboration dans ce cadre avec l'ARS.

CONCLUSION : UN DOCUMENT À CHEVAL ENTRE LE PLAN D'ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET LE PLAN D'ACTION

Dans cette partie nous avons analysé le degré de diffusion de l'axe 5 du PRS 2 auprès des acteurs de la santé publique, qu'ils soient agents de l'ARS ou partenaires de l'Agence sur les territoires. En effet, l'appropriation en elle-même du projet régional de santé par ces acteurs est un élément déterminant de leur utilisation des documents du PRS 2 et *in fine* du déploiement d'actions s'inscrivant dans la lignée de ses orientations stratégiques en matière de santé publique.

Le premier point soulevé est le décalage qu'il existe entre l'important travail collectif de rédaction du PRS 2 au sein de l'ARS et l'animation qui en a été faite suite à sa publicisation. Premièrement les documents du PRS 2 n'ont été manifestement que peu diffusés en interne et les instances de pilotage de l'axe 5 de l'ARS ont été progressivement désertées au cours de la programmation du projet régional de santé, et ce avant la survenue de la crise de la Covid-19. Un agent en délégation départementale résumait lors d'un entretien la situation de la sorte :

« Ça m'étonne parce que je sais les efforts qui ont été mis dans la rédaction de ce document et pour en voir l'utilisation derrière, oui ça m'étonne. Euh... je saurais pas trop expliquer pourquoi. Enfin je pense qu'il y a aussi un besoin de flux de communication avec... entre le siège de l'ARS et les délégations, où ce qui part du siège peut passer un petit peu à la trappe parce qu'on nous envoie tellement de choses. [...] Comment est-ce que le PRS a été présenté aux délégations ? Est-ce qu'on leur a expliqué à quoi ça peut vous servir, comment l'utiliser, comment c'est référé ? Ça, je sais pas si ça a été fait. Quand j'ai posé la question à mes collègues, elles n'avaient pas... elles avaient pas d'infos. Donc je dis pas que ça a pas été fait, mais je sais pas comment. Et je pense que ça, c'est un petit peu problématique parce qu'on capitalise pas en fait sur ce qui est créé par le siège, alors que ça pourrait nous être utile. »⁹⁷

Cette absence de pilotage de l'axe 5 du PRS 2 au sein de l'ARS et en particulier auprès de ces délégations départementales s'est incarnée dans le manque de diffusion et de communication au sujet du contenu de cet axe, d'une absence de suivi concernant sa mise en œuvre et de la très faible évaluation au fil de l'eau des actions menées par l'ARS pour réaliser ses objectifs. Un agent de délégation départementale soulignait en entretien le problème soulevé par cette absence de pilotage : « En fait, si vous avez pas à un moment donné une volonté interne de porter les choses, eh

⁹⁷ Entretien avec un agent de délégation départementale de l'ARS Île-de-France, département PPS, septembre 2021.

bah derrière les équipes elles sont prises aussi par leur quotidien et elles font pas »⁹⁸. Cette affirmation peut cependant être relativisée, car même si les actions menées durant cette programmation du PRS 2 n'ont pas été labellisées en tant que telles « globalement il y a quand même beaucoup de choses qui ont été faites dans l'esprit des objectifs du PRS et notamment de l'Axe 5 »⁹⁹.

Pour pallier cette absence de pilotage des actions de santé publique des projets régionaux de santé de l'ARS, un enquêté responsable de département PPS en délégation départementale insistait sur la nécessité de former et de nommer du personnel en interne capable d'embrasser pleinement les étapes de suivi nécessaire à la mise en œuvre des orientations stratégiques. Nous relatons ici ses propos :

« Ça demande beaucoup de discipline et d'exigences le mode projet, ça demande aussi des moyens techniques et des compétences. Et je pense aussi... alors ça je digresse un peu, je pense qu'on a des difficultés dans notre administration à conceptualiser la mise en œuvre opérationnelle, qui est quand même le fond du... pour moi le nerf de la guerre. Parce que faire du concept, c'est produire de la stratégie... produire de la stratégie opérationnelle et être capable après justement de la décliner de façon opérationnelle, ça pour moi, ça me laisse assez admiratif quand ça marche. Et ça, ça demande de la compétence métier, des responsables de projets, un directeur un projet, des gens dont c'est le métier : produire des outils de projet, produire à un échelon quand même d'agence régionale d'Île-de-France. De la fonction de support en fait. [...] Mettre en œuvre, c'est parfois aussi un métier en soi. »¹⁰⁰

Ce travail d'animation est aussi décrit ici comme une manière de passer de la stratégie à sa déclinaison opérationnelle. Or ce point est un point qui justement a semblé faire défaut à l'axe 5 du PRS 2. Il a en effet été montré dans cette partie que la plupart des agents de délégations départementales de l'ARS jugeaient l'axe 5 du PRS 2 comme n'étant pas opérationnel. En ce sens le projet régional de santé n'a pu leur être utile que pour « ses grandes lignes », c'est-à-dire ses orientations stratégiques. Cependant, nous avons montré aussi que les orientations stratégiques dressées par l'axe 5 ne sont pas toutes reconnues comme prioritaires par ces mêmes agents et que les priorités de santé publique restaient guidées en premier lieu par les besoins du territoire, c'est-à-dire ceux exprimés par les partenaires locaux des délégations départementales.

En ce sens, nous pouvons conclure que l'axe 5 du PRS 2 se situe à cheval entre un plan stratégique et un plan d'action, guidant partiellement l'action des agents de l'ARS sur ces deux tableaux.

⁹⁸ Entretien avec un agent de délégation départementale de l'ARS Île-de-France, département PPS, septembre 2021.

⁹⁹ Entretien avec un agent du siège de l'ARS, Direction de la promotion de la santé et de la réduction des inégalités, le 28/10/2021.

¹⁰⁰ Entretien avec un responsable de département PPS d'une délégation départementale de l'ARS Île-de-France, septembre 2021.

Les cadres réglementaires de la santé publique sont plus souples que ceux de l'offre de soins. Les dimensions d'animations territoriales, de plaidoyers et d'adaptation aux besoins d'un territoire y sont essentielles. Les équipes des délégations départementales sont ainsi en attente d'un cadrage régional afin de s'assurer que leurs actions vont dans le même sens que la direction que se fixe le siège. Le PRS 2 ne semble pas constituer tout à fait cette référence pour les agents de délégations départementales enquêtés pour divers raisons, notamment le choix des thématiques retenues que certains jugent incomplètes ou peu praticables dans leur délégation. Le processus consultatif de la rédaction du PRS 2 et la connaissance dans ses « grandes lignes » par les acteurs de la santé publique, en particulier par les agents des délégations départementales de l'ARS, permettent une acculturation commune à de « nouvelles » thématiques de santé publique (insécurité alimentaire, urbanisme favorable à la santé, évaluation d'impact sur la santé) sans pour autant enclencher dans un premier temps de réelle dynamique d'exécution. La diffusion de ce référentiel commun permet cependant d'établir un socle cognitif commun aux acteurs de la santé publique sur les territoires d'Île-de-France.

Concernant les actions prioritaires mentionnées dans l'axe 5 du PRS 2, les agents enquêtés regrettent le manque d'éléments concernant leur opérationnalisation :

« Pour moi, les attentes, c'est effectivement d'avoir de grandes orientations, mais aussi d'avoir quelque chose de, peut-être, plus concret, entre guillemets. C'est-à-dire au-delà de, simplement, une grande orientation, d'avoir, par exemple, des critères ou des indicateurs qui sont un petit peu concrets et sur lesquels on peut s'appuyer pour orienter notre action et pour pouvoir ensuite l'évaluer et savoir si, oui ou non, on rentre dans l'objectif. C'est ce qu'on essaie de faire sur les projets au niveau local, c'est ce qu'on essaie de faire. Mais c'est vrai que sur le PRS, aujourd'hui, je m'appuie pas dessus de façon opérationnelle. Je m'appuie dessus simplement pour avoir les grandes idées. Et j'aimerais que ce document puisse être utilisé un peu plus... peut-être pas quotidiennement, mais un peu plus régulièrement par les équipes pour construire leur action au niveau du département. »¹⁰¹

« La remarque, moi, simplement que je soumetts, c'est qu'effectivement les objectifs qu'on a dans le PRS, les objectifs apparaissent, mais les moyens de les mettre en œuvre, parfois, sont pas tellement détaillés. C'est-à-dire que, oui, la santé dans toutes les politiques, mais concrètement, de quelle manière, par quels outils, quelles actions on pourrait mettre en place ? Qu'il y ait quelque chose, voilà, de plus concret pour aider les équipes, ça me semble assez intéressant. »¹⁰²

Concernant le suivi et l'animation de la mise en œuvre des actions prioritaires, seuls les programmes ayant le statut d'expérimentation semblent en effet bénéficier d'une attention particulière concernant

¹⁰¹ Entretien avec un agent de la délégation départementale 95 de l'ARS Île-de-France, département PPS, le 02/09/2021.

¹⁰² Entretien avec un responsable de département PPS dans une délégation départementale de l'ARS Île-de-France, département PPS, le 02/09/2021.

leur évaluation, avec notamment du temps de travail alloué sue cette dimension aux porteurs de projet.

PARTIE 2

LA DIFFUSION DE NOUVELLES THÉMATIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE. L'EXEMPLE DE L'AIDE ALIMENTAIRE

Quelle est la capacité d'entraînement du PRS 2 à porter de nouvelles thématiques de santé auprès des acteurs de la santé publique sur les territoires ? C'est à cette question que répond cette deuxième partie du rapport. Il s'agit en effet d'évaluer la mise en œuvre du premier axe stratégique de l'axe 5 relatif à la diffusion institutionnelle et politique des enjeux de la santé publique.

Nous prenons appui dans cette partie sur la description d'un cas précis de diffusion d'une « nouvelle » thématique de santé publique, celle de l'insécurité alimentaire et de l'aide alimentaire. Cet exemple permet d'aborder en détail les ressorts de diffusion et d'entraînement des questions de santé publique qu'aborde le PRS, notamment au sein de l'ARS en elle-même, c'est-à-dire entre le siège et ses délégations départementales.

Nous décrivons dans une seconde section les éléments généraux qui peuvent freiner la diffusion des thématiques de santé publique sur les territoires, c'est-à-dire auprès des collectivités territoriales et des promoteurs locaux de santé publique.

ETAT DES LIEUX ET DIFFUSION DE LA THÉMATIQUE DE L'AIDE ALIMENTAIRE

L'insécurité alimentaire dans l'axe 5

Parmi les actions prioritaires de l'axe 5 du schéma régional de santé, il est noté que « Le projet de transformation [doit viser] à mobiliser les leviers des différentes politiques publiques, à l'échelle régionale et locale, pour créer les conditions favorables à la pratique d'activité physique et favoriser l'accessibilité à une alimentation saine et suffisante pour les ménages en insécurité alimentaire »¹⁰³. La notion d'« insécurité alimentaire » est définie dans ce document comme « la situation des personnes qui n'ont pas accès à une alimentation sûre et nutritive en quantité suffisante, qui satisfasse leurs besoins nutritionnels et leurs préférences alimentaires pour leur permettre de mener une vie active et saine »¹⁰⁴. L'insécurité alimentaire est un concept peu mobilisé par la communauté

¹⁰³ *Améliorons la santé des franciliens*, Schéma régional de santé d'Île-de-France 2018-2022, ARS Île-de-France, juillet 2018, p.77.

¹⁰⁴ *Ibid.*

des professionnels de santé ou du médico-social. Cette approche prend en compte l'insécurité alimentaire ressentie et vécue qui détermine les arbitrages alimentaires (par exemple en plaçant en priorité l'alimentation des enfants, avec pour conséquence un déséquilibre nutritionnel plus important chez les mères)¹⁰⁵. Autrement dit, au-delà des calories, des nutriments, des conduites alimentaires, ce sont les déterminants sociaux des décisions qui sont analysés et pris en compte dans la lutte contre la malnutrition des populations via ce concept d'insécurité alimentaire¹⁰⁶.

Afin d'analyser la capacité d'entraînement que le PRS 2 possède auprès des acteurs de la santé publique pour mener au sein de l'ARS ou conjointement avec elle de nouvelles actions sur de nouvelles thématiques de santé publique, nous avons décidé de limiter notre compréhension de l'insécurité alimentaire à celle de l'aide alimentaire et de ses acteurs. Plusieurs éléments de la littérature grise et de la littérature scientifique permettent d'appuyer ce choix que nous présentons dans la section suivante. Nous avons aussi dirigé une partie de nos entretiens semi-directifs sur cette thématique de l'aide alimentaire auprès de six agents de l'ARS travaillant spécifiquement sur les dossiers « nutrition », que cela soit au siège ou dans les délégations départementales. Certains de ces agents ont été enquêtés plusieurs fois. Enfin, quatre entretiens ont été réalisés auprès de responsables d'antennes franciliennes de grands organismes d'aide alimentaire : banques alimentaires, Secours populaire et Restos du cœur.

Description du paysage et des enjeux de l'aide alimentaire en région Île-de-France

L'aide alimentaire constitue un enjeu majeur de santé publique. Il s'agit cependant d'une thématique d'intervention relativement nouvelle pour l'ARS Île-de-France. En effet, les études scientifiques de ces 15 dernières années ont mis en évidence le fait que les bénéficiaires de l'aide alimentaire étaient davantage touchés par des problèmes d'obésité ou de malnutrition. L'étude ABENA (Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire) qui a par exemple réalisé deux enquêtes entre 2004-2005 et 2011-2012 alerte sur les conséquences de l'aide alimentaire sur la santé des personnes qui y ont recours :

L'état de santé des usagers de l'aide alimentaire demeure préoccupant avec des prévalences des pathologies liées à la nutrition (obésité, hypertension artérielle, diabète, certains déficits vitaminiques) particulièrement élevées. Par exemple,

¹⁰⁵ Castetbon, K., Méjean, C., Grange, D., Guilbert, G., Escalon, H., Vincelet, C., & Vernay, M. (2014). Insécurité alimentaire chez les femmes recourant à l'aide alimentaire : prévalences et associations avec l'obésité. Étude Abena 2011-2012, France. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire-BEH, (18-19), 326-333.

¹⁰⁶ Basdevant, A. (2014). Obésité, précarité, aide alimentaire. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, (18-19), 314-315.

35 % des femmes recourant à l'aide alimentaire étaient obèses en 2011-2012, soit le double de ce qui est observé en population générale.¹⁰⁷

L'étude révèle une prévalence générale de l'obésité de 28,8 % pour les personnes qui se nourrissent de l'aide alimentaire (VS 17 % pour l'ensemble de la population), une prévalence de l'hypertension artérielle de 43,9 % et une prévalence du diabète de 8,9 %. L'étude souligne que l'aide alimentaire est la principale source d'approvisionnement pour de nombreux types d'aliments. Plus de la moitié des usagers des structures distribuant des denrées à emporter déclaraient avoir recours exclusivement à l'aide alimentaire pour se procurer des produits non périssables (pâtes, riz, farine, etc.), des conserves ou du lait UHT. Or l'offre de l'aide alimentaire distribuée ne semble pas suffisamment prendre en compte les recommandations nutritionnelles nationales capables d'assurer un régime alimentaire sain pour les bénéficiaires de cette aide. Ainsi, l'étude ABENA constate des consommations faibles de certains groupes d'aliments alors qu'ils sont recommandés pour leur valeur nutritionnelle. Il s'agit, en particulier, des fruits et légumes et des produits laitiers, moins consommés par les bénéficiaires de l'aide alimentaire en comparaison avec la population générale.

La mission principale des associations d'aide alimentaire est d'assurer une quantité de nourriture suffisante aux bénéficiaires, sans qu'elles n'aient l'opportunité de se saisir pleinement de la question de la qualité nutritionnelle. Ainsi, lorsque ces acteurs souhaitent intégrer la santé publique à la lutte contre la précarité alimentaire, ils font face à plusieurs obstacles. Le premier est celui de leur incapacité de décider des produits qu'ils vont distribuer. Aux Restos du Cœur par exemple, les commandes sont passées par l'association tête de réseau. Un acteur d'une section locale de l'association se dit ainsi « *dépendant du national* », ajoutant : « *on fait que distribuer ce que le national nous affecte* »¹⁰⁸. Pour un responsable d'une banque alimentaire dans la région, la nutrition fait partie des critères de distribution, mais l'impératif de la qualité nutritionnelle reste secondaire par rapport à celui de la quantité nutritive :

« Les produits de l'UE compensent un peu. On essaie d'arriver à un certain équilibre alimentaire, mais bien évidemment comme on fonctionne avec des dons, on distribue ce que l'on nous donne. Exceptionnellement, on a fait aussi une collecte en ligne, donc cette année on dispose d'un petit budget pour faire des achats, donc ces achats vont nous permettre de compléter en allant un peu plus vers l'équilibre alimentaire. C'est peut-être un avis personnel : mais je pense qu'on n'est pas là non plus pour décider ce qui est bon ou pas bon et si on nous offre un camion de coca-cola on va le distribuer, voilà. Dans l'ensemble on peut dire que ce que l'on distribue est certainement un peu trop sucré, il manque des protéines et des fruits et légumes. »¹⁰⁹

¹⁰⁷ *Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire* — Etude Abena 2011-2012 et évolutions depuis 2004-2005, ORS, INVS, INPES, ministère des affaires sociales et de la santé, mars 2013, 184 p.

¹⁰⁸ Entretien avec un président d'une section départementale des Restos du cœur, le 2 avril 2021.

¹⁰⁹ Entretien avec un responsable d'une banque alimentaire de la région Île-de-France, le 1^{er} avril 2021.

Le second obstacle mentionné à la prise en compte des enjeux nutritionnels dans la distribution de l'aide alimentaire est la question de la formation des bénévoles aux enjeux de santé. Un salarié d'une section locale du Secours Populaire, explique ainsi : « *Les bénévoles ne sont pas formés aux questions de santé, alors que c'est sur eux que reposent les questions de nutrition [...] du coup ils ne se sentent pas de parler de santé, ils ont l'impression qu'ils manquent de légitimité* »¹¹⁰.

Les acteurs de l'aide alimentaire essaient cependant d'intégrer ces enjeux de santé publique relatifs à la nutrition. Le président de la section départementale des Restos du cœur déclare par exemple accorder une importance à la qualité nutritionnelle qui serait garantie par les normes nutritionnelles auxquelles les distributions sont soumises. Aux Restos du Cœur, un repas doit obligatoirement comporter des portions définies de produits laitiers, de féculents, de protéines et de légumes, en cohérence avec les plans nationaux utilisés comme références par l'antenne nationale. En outre, il rappelle que les centres sont soumis à des contrôles sanitaires et hygiéniques stricts¹¹¹.

Bénédicte Bonzi qui a mené une thèse en anthropologie dans les lieux de distribution d'aide alimentaire et notamment auprès des Restos du cœur relate cependant :

*J'ai observé ce phénomène qui m'avait été annoncé par l'équipe bénévole du centre de distribution des Platanes : « Tu verras, ici, tu les verras grossir ! ». Forcées de se nourrir de ce qui leur est donné, les personnes voient leurs habitudes alimentaires modifiées ainsi que leur mode de vie [...].*¹¹²

Les problèmes de santé publique générés par le recours des populations les plus précaires à l'aide alimentaire sont donc de plus en plus documentés et de plus en plus débattus au sein des associations de l'aide alimentaire. Cette situation a été d'autant plus discutée ces deux dernières années puisque la crise sanitaire de la Covid-19 a massifié en région Île-de-France le recours à l'aide alimentaire.

En effet, si la Covid-19 a chamboulé beaucoup d'aspects de la santé publique, l'explosion des besoins en aide alimentaire et les difficultés logistiques inhérentes à cette situation figurent parmi les manifestations les plus visibles de ce chamboulement¹¹³. En cause, l'inactivité contrainte des ménages les poussant dans une plus grande précarité et insécurité alimentaire, la fermeture des cantines scolaires et l'impossible mobilisation des bénévoles des associations de l'aide alimentaire, ces bénévoles étant majoritairement des retraités ou des personnes âgées présentant plus de risque en cas de contamination à la Covid-19¹¹⁴. Un acteur associatif rencontré en Seine-Saint-Denis décrit

¹¹⁰ Entretien avec un chef de projet de l'antenne nationale du Secours populaire de la région Île-de-France, le 10 décembre 2020.

¹¹¹ Entretien avec un président d'une section départementale des Restos du cœur, le 2 avril 2021.

¹¹² Bonzi, B. (2019). Faim de Droits : le don à l'épreuve des violences alimentaires (Doctoral dissertation, Paris, EHESS), p.216.

¹¹³ Le Méner, E., Guénée, L., & Macchi, O. (2020). L'aide alimentaire en temps de Covid. Plein droit, 127 (4), 32-35.

¹¹⁴ Darmon, N., Gomy, C. & Saidi-Kabeche, D. (2020) La crise du Covid-19 met en lumière la nécessaire remise en cause de l'aide alimentaire. The Conversation France, 2020, 29 juin 2020, 5 p.

la situation en ces termes : « *La crise sanitaire a fait surgir la faim* »¹¹⁵. Un responsable d'une banque alimentaire de la région confirmait ainsi : « *il y a beaucoup de gens qui s'en sortaient tout juste et puis bon avec le chômage et la perte de compléments et de revenus due à la crise sanitaire, qui sont tombés dans la précarité* »¹¹⁶. Idem pour un responsable d'une section locale des Restos du cœur : « *On voit quand même de plus en plus d'étudiants, ce qu'ils disent dans les médias chez nous c'est une réalité, ça fait mal au cœur de voir les jeunes comme ça de plus en plus nombreux* »¹¹⁷.

Les conditions de distribution de l'aide alimentaire ont été aussi entravées, rendant plus compliquée la possibilité d'établir un lien avec les bénéficiaires à cette occasion-là. Un président d'une section départementale d'un Resto du cœur expliquait ainsi : « *Mais du coup avec le Covid, comme on ne peut plus parler avec les gens, ça limite l'aide à la personne* »¹¹⁸. Le ressenti est le même pour un acteur enquêté dans une épicerie solidaire de Villejuif où la distribution des repas ne pouvait plus s'opérer à l'intérieur des bâtiments, restreignant les possibilités d'interactions¹¹⁹.

Cette explosion du recours à l'aide alimentaire et la dégradation des conditions de distribution a touché particulièrement les territoires parmi les plus pauvres de l'Île-de-France. En effet, parmi les 102 collectivités territoriales ayant répondu à notre enquête sur le déploiement d'actions en santé publique en région, les plus pauvres sont celles qui ont vu leur système d'aide alimentaire le plus souvent saturé pendant les périodes de confinement comme le présente le tableau suivant :

Niveau de revenu des collectivités territoriales	Question posée : Le système d'aide alimentaire a-t-il été saturé dans votre collectivité territoriale pendant les confinements ?		
	Jamais	Rarement	Souvent
Collectivité territoriale aisée	57 %	29 %	0 %
Collectivité territoriale dans la moyenne	38 %	18 %	14 %
Collectivité territoriale dans la moyenne, mais avec des secteurs paupérisés	7 %	30 %	26 %
Collectivité territoriale pauvre	10 %	19 %	48 %

Tableau 7. Saturation du système d'aide alimentaire durant les périodes de confinement en fonction du niveau de revenu des collectivités territoriales. Source : Promouvoir la santé publique : Contribution à l'évaluation du Projet Régional de Santé 2018-2022 de l'ARS Île-de-France, 2021, Master Stratégies Territoriales et Urbaines de l'école d'urbanisme de ScPo Paris, 119p.

¹¹⁵ Entretien avec un acteur associatif du 93, le 20 novembre 2020.

¹¹⁶ Entretien avec un responsable d'une banque alimentaire de la région Île-de-France, le 1^{er} avril 2021.

¹¹⁷ Entretien avec un président d'une section départementale des Restos du cœur, le 2 avril 2021.

¹¹⁸ Entretien avec un président d'une section départementale des Restos du cœur, le 2 avril 2021.

¹¹⁹ Entretien avec un acteur d'une épicerie solidaire de Villejuif, le 2 février 2021.

Ainsi les collectivités territoriales parmi les plus aisées de la région sont celles qui n'ont pas eu leur système d'aide alimentaire saturé durant la période des confinements, alors que presque la moitié des collectivités territoriales parmi les plus défavorisées ont déclaré que leur système d'aide alimentaire avait souvent été saturé durant cette même période.

La pandémie de la Covid-19 est venue renforcer une situation déjà sous tension en région Île-de-France concernant la répartition et la fréquentation des lieux habilités au titre de l'aide alimentaire. En effet, l'étude de 2019 « Alim'Activ: Agir contre la précarité alimentaire par la coordination territoriale. Diagnostic de l'aide alimentaire et des coordinations sur un territoire d'Île-de-France »¹²⁰ a montré que l'aide alimentaire est souvent insuffisante sur certains territoires de la région et notamment sur les territoires présentant un taux de pauvreté élevé. L'étude rappelle ainsi qu'à Vaucresson on compte en valeur relative 21 associations pour 10 000 habitants en situation de pauvreté (soit en valeur réelle 1 association pour 500 personnes pauvres) alors qu'à Aubervilliers on compte 1 association pour 10 000 habitants en situation de pauvreté (soit en valeur réelle 5 associations pour 38 000 personnes pauvres)¹²¹. Les cartes suivantes (Figure n° 5), extraites du même rapport, soulignent qu'il s'agit d'une situation généralisée dans la région Île-de-France.

Ainsi, les territoires avec le plus de personnes précaires ne sont pas les mieux couverts. Cette inégalité d'accès à l'aide alimentaire en région Île-de-France fait dire à François Mauvais, responsable du Pôle Alimentation de la DRIAAF qu'« il est préférable d'être pauvre chez les riches en ce qui concerne l'accès à l'aide alimentaire »¹²².

¹²⁰ *Alim'Activ: Agir contre la précarité alimentaire par la coordination territoriale. Diagnostic de l'aide alimentaire et des coordinations sur un territoire d'Île-de-France*, DRIAAF, ARS, Région Île-de-France, Département Seine-Saint-Denis, janvier 2019, 47 p.

¹²¹ *Alim'Activ: Agir contre la précarité alimentaire par la coordination territoriale. Diagnostic de l'aide alimentaire et des coordinations sur un territoire d'Île-de-France*, DRIAAF, ARS, Région Île-de-France, Département Seine-Saint-Denis, janvier 2019, p.32

¹²² Propos tenu par François Mauvais, responsable du Pôle Alimentation de la DRIAAF, lors de la présentation publique d'une enquête en cours sur la cartographie de l'accès à l'aide alimentaire en région Île-de-France.

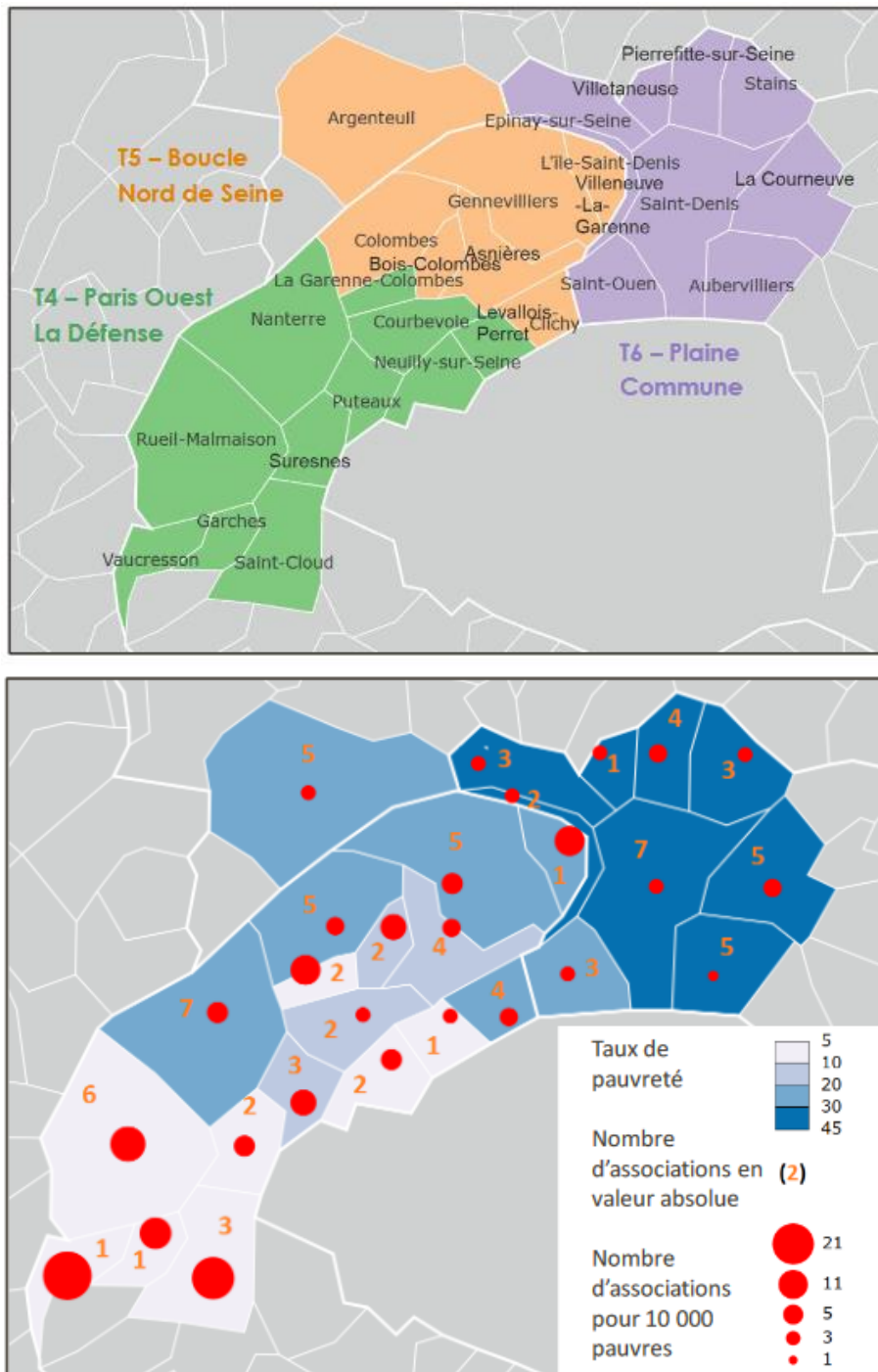


Figure SEQ Figure * ARABIC 4. Nombre d'associations d'aide alimentaire par commune au regard du taux de pauvreté. Source : Alim'Activ: Agir contre la précarité alimentaire par la coordination territoriale. Diagnostic de l'aide alimentaire et des coordinations sur un territoire d'Île-de-France, DRIAAF, ARS, Région Île-de-France, Département Seine-Saint-Denis, janvier 2019, p.3 et p.32.

Acteurs de l'aide alimentaire

Les associations sont au cœur du dispositif d'aide alimentaire en France. Habilitées et liées par diverses conventions à l'État, ces associations sont aussi parfois en lien avec les collectivités territoriales. C'est par exemple le cas dans les Hauts-de-Seine, où plusieurs communes ont mis à disposition des locaux pour permettre aux Restos du cœur d'assurer leurs distributions. Le dernier rapport¹²³ du Sénat sur l'aide alimentaire fournit un schéma de ses principaux acteurs : On peut constater sur ce schéma (Figure n° 6) l'absence de l'Agence régionale de santé parmi les acteurs principaux de l'aide alimentaire, et ce malgré les enjeux de santé publique conséquents sur cette thématique que nous avons décrits plus haut. Les responsables et bénévoles des structures d'aide alimentaire rencontrés sur le terrain font en effet état d'une situation de faible communication et de faible coopération avec l'ARS. Les chefs de projet de l'antenne nationale du Secours Populaire expliquent aussi n'avoir de lien avec l'ARS que ponctuellement, via certaines antennes départementales et principalement dans le cadre d'appels à projets. Un président d'une antenne locale des Restos du cœur a quant à lui le sentiment de ne constituer qu'un relai ponctuel des décisions de l'ARS lors notamment des réunions organisées par la Préfecture et rassemblant les associations d'aide alimentaire ou du logement. Il considère ainsi que les associations d'aide

¹²³ Aide alimentaire : un dispositif vital, un financement menacé ? Un modèle associatif fondé sur le bénévolat à préserver. Rapport d'information n° 34 (2018-2019) de Arnaud Bazin et Éric Bocquet, fait au nom de la commission des finances, octobre 2018. 125 p.

alimentaire du territoire ne sont pas associées à l'élaboration des stratégies de santé publique de l'Agence régionale de santé.

Ainsi on note la difficulté initiale de consultation, de reconnaissance et de coordination entre les associations de l'aide alimentaire et l'ARS d'Île-de-France. Cette situation témoigne aussi de l'inscription tardive des enjeux de santé publique de l'aide alimentaire au sein de l'Agence. En effet,

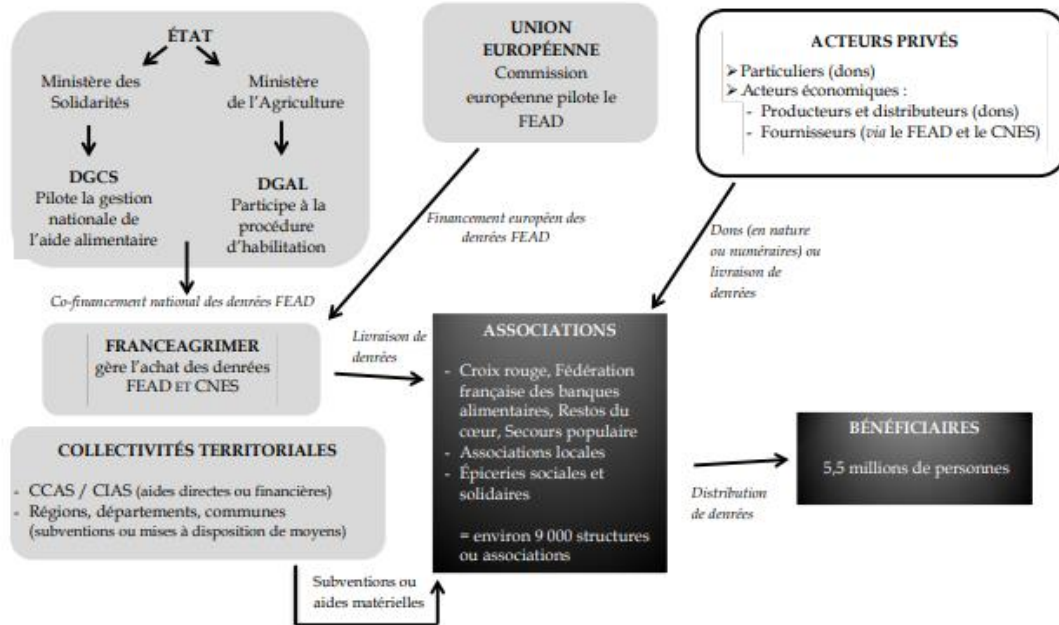


Figure SEQ Figure * ARABIC 5. Principaux acteurs de l'aide alimentaire en France. Source : Aide alimentaire : un dispositif vital, un financement menacé ? Un modèle associatif fondé sur le bénévolat à préserver. Rapport d'information n° 34 (2018-2019) de Arnaud Bazin et Éric Bocquet, fait au nom de la commission des finances, octobre 2018. 125 p.

l'aide alimentaire n'est pas une thématique d'action historique de l'ARS et elle ne figure pas dans ses missions imposées. Cependant, par différents canaux, l'ARS déploie déjà une action (minime et peu coordonnée) en la matière.

L'ARS a pour mission la déclinaison du PNNS dont une partie des enveloppes budgétaires octroyées aux acteurs du territoire rentre dans le soutien à l'aide alimentaire. L'ARS participe aussi aux campagnes d'habilitation des structures de l'aide alimentaire sur le territoire et aux groupes de travail sur la question qui lui sont ouverts. Les agents des délégations départementales mentionnent aussi le rôle des CCAS au sein des villes, des épiceries sociales ou des coopératives d'acteurs. Ces structures sont parfois soutenues directement par l'ARS, mais souvent pas directement pour leur action en matière d'aide alimentaire. Un chargé de mission « nutrition » d'une délégation départementale expliquait ainsi :

« On finance par exemple des projets d'épicerie sociale. Mais nous c'est l'accès au droit qu'on finance sur ces projets-là, c'est l'accès au droit de santé. Donc même si ça ressemble à des actions sur la nutrition parce que c'est une épicerie sociale et parce que de toute façon, il y aura des actions autour de la nutrition et

de la diététique, nous ce qu'on va financer dessus, c'est plutôt l'accès au droit, faciliter l'accès au droit et l'accès à la santé. Donc vous voyez, on ne peut même pas identifier une action nutrition [sur le sujet de l'aide alimentaire] à proprement parler quoi. »¹²⁴

Un chargé de mission « nutrition » d'une autre délégation départementale évoquait quant à lui son incapacité à mener des actions ou à accompagner des partenaires concernant ces deux enjeux de nutrition et d'aide alimentaire :

« J'ai essayé à un moment donné de travailler sur le sujet et je ne vais pas rentrer dans le détail, mais ça a été aussi compliqué donc j'ai un peu laissé tomber, mais ça me paraissait important. [...] Et juste je vais vous donner un chiffre, parce qu'effectivement, c'est un vrai sujet [...] : 6 % des bénéficiaires d'aide alimentaire atteignent le repère de cinq portions de fruits et légumes, 6 % ; alors qu'on est à 40 % et quelques en population normale. Donc, il y a un gros décalage avec des maladies chroniques pour ces publics-là, il y a un vrai sujet. Il y a un vrai sujet. [...] [Mais] on ne l'a pas investi, voilà. Malheureusement, je vais vous répondre comme ça, on ne l'a pas investi, alors qu'il aurait fallu le faire. »¹²⁵

Cette difficulté semble être partagée au siège où les agents mentionnaient en entretien un manque de compétences juridiques en matière de précarité alimentaire et un manque de soutien de la part de la direction pour embrasser cette « nouvelle » thématique de santé publique. Plusieurs d'entre eux évoquent leurs « luttas » et « petites victoires » pour que soit reconnue la précarité alimentaire au portefeuille d'actions stratégiques de l'ARS :

« On n'impose pas, on met notre grain de sel, par exemple pour le projet [X] je suis parvenu à aborder la question de l'inclusion des acteurs de santé [dans les thématiques de l'aide alimentaire], notamment pour ceux qui accueillent les personnes sans droits à travers les Passes Hospitalières. C'est une petite victoire. »¹²⁶

« Le Samusocial avait lancé un état des lieux pour connaître les alternatives à l'aide alimentaire, initiative financée par l'ANSA avec qui l'ARS a de bons rapports, mais [...] il a fallu se battre et plaider la cause pour pouvoir co-financer cela »¹²⁷

Pour résumer ce panorama de l'aide alimentaire en région Île-de-France et de la place qu'occupait l'ARS dans ce panorama avant la diffusion de son PRS 2, on peut consigner les points suivants :

¹²⁴ Entretien avec un chargé de mission « nutrition » d'une des délégations départementales de l'ARS Île-de-France, octobre 2021.

¹²⁵ Entretien avec un chargé de mission « nutrition » d'une des délégations départementales de l'ARS Île-de-France, octobre 2021.

¹²⁶ Entretien avec un agent du siège de l'ARS Île-de-France, décembre 2020.

¹²⁷ Entretien avec un agent du siège de l'ARS Île-de-France, décembre 2020.

- L'aide alimentaire constitue un enjeu de santé publique majeur avec de forts enjeux nutritionnels (obésité, hypertension artérielle, diabète), mais il existe un manque de coordination et de lien entre les acteurs de l'aide alimentaire et les acteurs de la santé publique.
- Les inégalités territoriales sont importantes en région Île-de-France concernant la répartition des lieux de distribution de l'aide alimentaire, notamment sur les territoires connaissant un taux de pauvreté élevé.
- Les modalités de distribution de l'aide alimentaire n'encouragent pas l'autonomie des personnes qui en bénéficient.
- L'ARS Île-de-France n'est pas reconnue comme un acteur majeur de l'aide alimentaire que cela soit par les acteurs de territoire ou par ceux de la direction en interne, et ce, malgré l'intérêt de certains agents en son sein.

Ainsi, que cela soit dans son action de santé publique en délégation départementale ou dans ses orientations stratégiques au siège, l'ARS peinait à intégrer la précarité alimentaire et l'aide alimentaire dans ses politiques de santé publique et dans ses relations avec les opérateurs locaux. Cette situation a-t-elle évolué depuis l'inscription de ces thématiques dans le PRS 2 ?

Que change pour les acteurs de la santé publique l'inscription de la thématique de l'aide alimentaire dans le PRS 2 ?

Deux actions prioritaires sont listées dans le schéma régional de santé au sujet de l'aide alimentaire : développer des stratégies alternatives à l'aide alimentaire et améliorer l'accès aux dispositifs d'aide alimentaire.

Face au problème de « malnutrition » des personnes les plus précaires et bénéficiant de l'aide alimentaire, les solutions proposées par les pouvoirs publics et les associations de l'aide alimentaire s'articulent généralement autour de la notion « d'éducation à l'alimentation ». La chercheuse Bénédicte Bonzi, autrice de la thèse d'anthropologie sur l'aide alimentaire déjà citée souligne pourtant que « l'évolution constante des problèmes de santé [de ces populations précaires] malgré les campagnes de sensibilisation ou le foisonnement des ateliers de cuisine concomitants aux aides, semble montrer que le problème est ailleurs »¹²⁸. Ainsi, développer des stratégies alternatives à l'aide alimentaire serait une urgence d'un point de vue de la santé publique. Plusieurs propositions émergent de la part d'agents de l'ARS avec lesquels nous nous sommes entretenus : « relancer les recherches sur le sujet », « développer un projet de cash-transfert », « étudier les solutions de sécurité sociale de l'alimentation » ou encore « creuser le lien entre nutrition et santé mentale ». Ces propositions demeurent cependant au stade d'idées ou d'envies, mais aucune n'est réellement en projet ou défendue institutionnellement par un agent de l'ARS. On note cependant un point commun dans ces propositions, celui de favoriser l'autonomie des bénéficiaires de l'aide alimentaire, ce qui

¹²⁸ Bonzi, B. (2019). Faim de Droits : le don à l'épreuve des violences alimentaires (Doctoral dissertation, Paris, EHESS), p.216.

correspond aussi aux orientations stratégiques globales de l'ARS en matière d'actions de santé publique.

Les acteurs de l'aide alimentaire rencontrés sur le terrain expriment eux aussi l'envie de dépasser les modalités de distribution habituelles. Pour faire des économies d'échelle et proposer une alimentation plus équilibrée aux bénéficiaires, un responsable de la Banque Alimentaire d'Île-de-France expliquait par exemple que la fédération souhaiterait pouvoir mettre en place et distribuer des chèques alimentaires faisant valoir que cela permettrait aussi de faire des achats groupés de produits locaux ou biologiques¹²⁹.

Si on constate ainsi des envies communes de faire évoluer les modalités de distribution de l'aide alimentaire de la part des agents de l'ARS d'une part et de la part des acteurs de l'aide alimentaire sur le terrain d'autre part, les actions déployées dans le cadre de l'axe 5 du PRS 2 n'ont cependant pas permis de mettre en relation ces deux parties prenantes à ce sujet. Les stratégies alternatives à l'aide alimentaire demeurent donc encore embryonnaires.

Concernant la seconde priorité d'action de l'axe 5 du PRS 2 sur l'aide alimentaire, celle d'améliorer son accès, l'ARS a d'abord participé dans cette lignée à l'étude « Alim'Activ. Agir contre la précarité alimentaire par la coordination territoriale » pilotée par l'ANSA (Agence nouvelle des solidarités actives) entre 2018 et 2019. Deux rapports en sont issus :

- Le *Diagnostic de l'aide alimentaire et des coordinations sur un territoire de l'Île-de-France*, janvier 2019, 47 p. Ce diagnostic s'appuie sur une étude menée dans trois territoires d'Île-de-France au sujet de l'aide alimentaire qui s'y déploie. Ce diagnostic fait état d'un manque de coordination et de réflexion globale sur l'adéquation des services aux besoins à l'échelle du territoire. Le rapport conclut que le secteur de l'aide alimentaire, peu coordonné et soumis à une forte pression sur ses ressources, peine à répondre à l'ensemble des besoins alimentaires d'un point de vue quantitatif et qualitatif.
- Le rapport sur les *Pratiques inspirantes et préconisations*, juin 2019, 77 p. Sur certains territoires, à l'initiative d'un CCAS, d'une collectivité ou d'une banque alimentaire, les acteurs de l'aide alimentaire se sont engagés dans des démarches de coordination. Cette étude analyse les effets de huit expériences de coordination de l'aide alimentaire au niveau local. Il s'agit d'en tirer des enseignements et d'inspirer d'autres acteurs qui souhaiteraient investir ce sujet.

La coordination de l'aide alimentaire est donc identifiée comme un facteur clé pour rendre celle-ci plus accessible, plus efficace, de meilleure qualité et favorable à la santé. L'aide alimentaire n'étant pas portée par un acteur en particulier, les conclusions de ces rapports rappellent que les démarches de coordination sont un travail au long cours, pouvant bousculer aussi des pratiques existantes. Elles recommandent aussi d'inscrire la lutte contre la précarité alimentaire dans les stratégies territoriales et notamment à travers les Contrats locaux de santé (CLS).

¹²⁹ Entretien avec un responsable d'une banque alimentaire de la région Île-de-France, le 1^{er} avril 2021.

Les personnes enquêtées au siège de l'ARS sont bien au fait de ces études et de leurs recommandations, pour y avoir participé en partie. Ces agents de l'ARS militent en interne pour la reconnaissance du dossier sur la précarité alimentaire et de l'aide alimentaire. Ils sont aussi très proactifs auprès des acteurs « traditionnels » de l'aide alimentaire sur les territoires, rappelant que :

« L'important est [...] d'entrer dans les comités de pilotage, de participer aux tables rondes, et ainsi faire passer des politiques du PRS. [...]. C'est un système [l'aide alimentaire] où l'on n'est pas vraiment, mais sans lequel on ne peut pas mettre en place les politiques. »¹³⁰

Cette situation contraste avec celle décrite par les agents chargés de « nutrition » en délégation départementale. Peu d'entre eux connaissent les rapports Alim'Activ et peu d'entre eux entreprennent des actions sur cette thématique de l'aide alimentaire dans le cadre du déploiement de l'axe 5 du PRS 2. Certains agents sont même plutôt réticents à l'inscription de cette nouvelle thématique à leur portefeuille d'actions. Nous détaillons ces différentes situations et des éléments explicatifs de celles-ci dans la section suivante.

La faible implication des délégations départementales sur la thématique de l'aide alimentaire durant la programmation du PRS 2

Parmi les quatre chargés de mission « nutrition » des délégations départementales auprès desquels nous nous sommes entretenus, aucun n'a développé d'actions ou de nouveaux partenariats sur la thématique de l'aide alimentaire et de ses enjeux nutritionnels dans le cadre de la programmation du PRS 2. Si la crise de la Covid-19 a été l'occasion d'opérer un rapprochement entre les équipes de l'ARS de celles de distribution de l'aide alimentaire sur les territoires, celui-ci n'a pas abouti à une réelle collaboration entre les deux parties. Un chargé de mission « nutrition » d'une délégation départementale de l'ARS expliquait ainsi en entretien :

« C'est vraiment pour nous plutôt une opportunité d'avoir accès à un certain nombre de public auquel on n'a pas accès, [...] d'aller vers certaines populations qu'on n'arrive à pas toucher. Donc voilà, maintenant, là par exemple dans le cadre spécifique du Covid, à ma connaissance, c'est la première fois qu'on se tourne vers le Secours populaire, les Restos du cœur, ce genre de chose, mais c'est vraiment pour avoir accès à leur public quoi.

Quelle est votre action auprès de ces acteurs ?

Là, on va faire de la sensibilisation Covid auprès de leur public. On utilise les moments d'aide alimentaire pour faire... pour faire autre chose en matière de prévention. Bon après, c'est un début hein, dans les contacts. Moi j'espère bien qu'une fois la crise Covid passée, on pourra faire quelque chose autour de la nutrition avec l'aide alimentaire. [...] Mais je vous dis, c'est vraiment pour avoir

¹³⁰ Entretien avec un agent du siège de l'ARS Île-de-France, décembre 2020.

accès à ces publics-là parce que ça pour le coup, c'est une vraie orientation de l'Agence, la réduction des inégalités.

Vous aimeriez aborder aussi des enjeux de nutrition avec ces structures-là, comment mettre en place cette action ?

C'est des choses que... alors moi à titre personnel, j'ai déjà mis en place avant les agences, que j'aimerais vraiment refaire, mais pour... Enfin moi, ça me paraît compliqué. En tout cas pour nous en [X], ça me paraît compliqué parce qu'on n'a pas de compétence, on n'a pas trop de structure ou de capacité de faire ça, donc je pense que c'est... Là pour le coup, on va faire appel aux collectivités territoriales. Certaines vont se mettre sur le sujet, mais ça va être très hétérogène. »¹³¹

Ce rapprochement entre acteurs de l'aide alimentaire et agents de délégation départementale de l'ARS aurait donc pu être l'occasion de futures collaborations sur les enjeux nutritionnels de la distribution de l'aide alimentaire, mais l'agent précédemment cité demeurait sceptique sur ce sujet. Il invoquait les faibles compétences de l'ARS en la matière et la faible densité d'acteurs locaux formés à ces enjeux nutritionnels concernant l'aide alimentaire. L'inscription de l'insécurité alimentaire au PRS 2 ne semble donc pas constituer un levier d'action suffisamment d'un point de vue institutionnel pour impulser une dynamique sur le sujet. Le manque de compétence de l'ARS est encore perçu comme un facteur limitant vis-à-vis d'une action des délégations départementales sur la gestion de l'aide alimentaire locale.

D'autres éléments ont constitué un frein à la diffusion de la thématique de l'aide alimentaire via le PRS 2 en délégation départementale, dont celui du décalage perçu entre « *les attentes du terrain* » et les « *orientations régionales* ». Deux agents chargés de mission « nutrition » expliquaient ainsi :

« Mais il y a un décalage en fait entre ce qu'attend... entre les attentes des orientations régionales et la réalité sur le terrain et ce sur quoi s'engagent les partenaires sur le terrain. [...] Ça veut pas dire que l'insécurité alimentaire, c'est pas un sujet, qu'il faut pas le traiter, etc. Mais je pense que les partenaires ne sont pas assez outillés déjà et armés sur des actions de base de nutrition. Alors aller sur un sujet de l'insécurité alimentaire, ce qu'on peut faire, etc., ça demande encore plus de compétences, plus de formations ; et qui n'est pas du tout investi en majorité à l'heure actuelle. »¹³²

« Mais disons qu'il y a un besoin déjà d'actions sur la nutrition auprès de familles, auprès d'enfants, etc., sans aller au niveau de la précarité-précarité, l'aide alimentaire, etc. Il y avait déjà... voilà, une demande plus forte. Mais encore une fois, c'est pas impossible de le faire. C'est juste qu'il y avait déjà des choses à faire

¹³¹ Entretien avec un chargé de mission « nutrition » d'une des délégations départementales de l'ARS Île-de-France, octobre 2021.

¹³² Entretien avec un chargé de mission « nutrition » d'une des délégations départementales de l'ARS Île-de-France, octobre 2021.

sur les... cette thématique généraliste déjà de base. Et ça, ça manquait un petit peu. »¹³³

Ainsi, pour certains chargés de mission « nutrition », le resserrement opéré par le siège sur la thématique de l'insécurité alimentaire ne répondrait pas aux besoins exprimés par les partenaires locaux des délégations départementales. Comme nous l'avons rappelé, l'ARS ne constitue pas un acteur majeur de l'aide alimentaire, il est donc fort probable que ces agents en délégation départementale n'aient que peu de contact avec les acteurs de l'aide alimentaire sur le terrain et soient donc peu à même de capter leurs besoins. Cette situation peut en partie expliquer leur perception du fait que les besoins du terrain soient décalés par rapport à la priorité énoncée dans l'axe 5 du PRS 2, celle de traiter de la précarité alimentaire.

La profusion et la confusion des demandes de financement sur les thématiques nutritionnelles qui émanent du terrain peuvent aussi contribuer à ce décalage perçu entre les orientations du PRS 2 et la « réalité de terrain ». En effet lors des campagnes du fonds d'intervention régional de l'ARS, de nombreux partenaires ont émis le souhait d'être accompagnés ou financés sur des thématiques liées à la santé et à l'alimentation, mais ne relevant ni de la thématique nutritionnelle ni du champ de compétences de l'ARS. C'est le cas par exemple pour les perturbateurs endocriniens, les circuits courts ou encore la consommation de produits certifiés en agriculture biologique. Nous fournissons ici quelques extraits d'entretiens pour illustrer ces demandes et comment elles sont traitées par les agents des délégations départementales.

« [Les partenaires] peuvent nous demander par exemple de les aider à travailler sur les perturbateurs endocriniens [dans l'alimentation]. Mais ça, c'est pas du tout de notre... c'est pas du tout de notre responsabilité. [...] on n'a pas de levier sur les possibilités d'action des populations. Donc on les oriente, oui, vers d'autres ou bien on attend... on attend que les recherches aboutissent ou que les lois changent et qu'en matière d'environnement ou de développement durable, il y ait des choses différentes qui soient proposées aux populations. »¹³⁴

« Comme pour toutes les autres thématiques, on essaie vraiment de partir des besoins remontés par les opérateurs. Parce qu'on estime que c'est eux qui sont quand même les mieux placés pour savoir vraiment ce dont la population a besoin sur leur territoire. Donc nous on s'adapte vraiment aux propositions des opérateurs et quand on trouve que c'est pertinent, on les suit. Et en effet, on essaie d'avoir une définition un petit peu plus large que — je vais résumer grossièrement — le manger bouger et cinq fruits et légumes par jour. [...] Parce qu'on estime que c'est pas... c'est une bonne base, mais qu'il y a quand même plus à faire. Et voilà,

¹³³ Entretien avec un chargé de mission « nutrition » d'une des délégations départementales de l'ARS Île-de-France, octobre 2021.

¹³⁴ Entretien avec un chargé de mission « nutrition » d'une des délégations départementales de l'ARS Île-de-France, octobre 2021.

on n'enferme pas les porteurs de projets dans une définition trop stricte. Ils nous font des propositions, on trouve que c'est pertinent et du coup on les suit.

Et par exemple sur la question des circuits courts, qu'est-ce que vous pouvez faire vous en tant qu'ARS sur cette thématique en particulier ?

Alors nous on va pas faire grand-chose finalement, à part soutenir du coup les porteurs de projets qui sont engagés dans cette dynamique-là. On pourrait peut-être réfléchir à des groupes de travail, comment est-ce qu'on peut, nous en tant qu'ARS, porter le sujet. Mais pour l'instant, non, on n'a pas du tout été engagé dans cette dynamique. »¹³⁵

« On a pas mal d'actions aussi sur tout ce qui est circuit court, les légumes de saison, l'alimentation durable. Et on finance également depuis cette année une cantine participative [...]. L'idée étant de pouvoir promouvoir une alimentation durable, les circuits courts, les fruits et légumes de saison. Donc de pouvoir faire tout ça, mais de manière un petit peu plus poussée que dans les ateliers pour que les personnes puissent vraiment se saisir de cette cuisine. »¹³⁶

« Parce que les vrais sujets aujourd'hui c'est ceux liés aux produits, aux questions de la santé environnementale par exemple, sur la question des pollutions, sur la question des circuits courts, tout ça c'est lié à... c'est l'État, mais c'est pas l'ARS à proprement parler, c'est plutôt les préfetures qui sont en charge de ça. L'ARS reste très nutrition donc pas beaucoup de leviers, parce que ne peut pas non plus imposer la réduction des produits laitiers par exemple. [...] Donc on est soumis à des freins qu'on peut pas lever, nous, en tant qu'ARS. La question des pesticides ou bien celle du développement des circuits courts, il y a énormément de points qui doivent être levés avant que l'agence n'intervienne sur ces sujets-là, voilà. »¹³⁷

Les chargés de mission « nutrition » font donc face à une multitude de demandes de financement concernant les questions alimentaires, mais ne relevant pas forcément des enjeux nutritionnels. Face à ces demandes, leurs interventions divergent : certains accompagnent à la marge les acteurs du territoire sur des actions de promotion des circuits courts par exemple, d'autres les renvoient vers d'autres instances compétentes sur ces sujets. De manière générale, les chargés de mission « nutrition » font état d'un certain flou institutionnel concernant leur périmètre d'action, mais aussi la stratégie à déployer, les méthodologies d'intervention à emprunter, les études auxquelles se référer, les publics à cibler ou les actions à prioriser en matière de nutrition. Ainsi leur action sur les questions de nutrition est très hétérogène d'une délégation départementale à l'autre. Nous illustrons ce point

¹³⁵ Entretien avec un chargé de mission « nutrition » d'une des délégations départementales de l'ARS Île-de-France, octobre 2021.

¹³⁶ Entretien avec un chargé de mission « nutrition » d'une des délégations départementales de l'ARS Île-de-France, octobre 2021.

¹³⁷ Entretien avec un chargé de mission « nutrition » d'une des délégations départementales de l'ARS Île-de-France, octobre 2021.

via le tableau suivant (Tableau n° 8) qui consigne les actions principalement financées dans le cadre des enjeux de nutrition dans trois délégations départementales différentes.

	Type d'actions principalement financées	Justification des agents
Délégation départementale #1	<ul style="list-style-type: none"> • Ateliers de cuisine 	<p>Pourquoi cette modalité d'action ? « Nous on essaie vraiment de se baser sur les besoins du territoire qui nous sont rapportés par les opérateurs. C'est ce format-là qu'ils ont choisi parce que c'est — en tout cas à leur sens — celui qui ramène, qui a le plus d'impact, on va dire, qui a les effets les plus intéressants ».</p>
Délégation départementale #2	<ul style="list-style-type: none"> • Prévention dans les écoles 	<p>Pourquoi ce sont les enfants en particulier qui ont été ciblés ? « Parce que je crois que dans les territoires il y a vraiment un besoin. On a visité les écoles, je crois qu'il y a vraiment un souci. Je crois que pour les opérateurs, c'est aussi plus facile de faire des actions dans les écoles plutôt que faire des actions avec des adultes parce qu'ils sont peut-être plutôt spécialisés sur le côté enfant qu'adulte. »</p>
Délégation départementale #3	<ul style="list-style-type: none"> • Actions en lien avec la promotion de l'activité physique • Expérimentation sur l'obésité infantile 	<p>« Moi j'ai très vite vu mes limites pour travailler sur le sujet de la nutrition. Lorsque je suis arrivé à l'agence, elle était très mobilisée sur des actions de prévention dans les établissements scolaires. J'ai essayé de faire évoluer ça parce que pour moi, ça me paraît fondamental et ça doit être la priorité des priorités, c'est de travailler avec les parents et donc les publics adultes. Mais de fait, on a beaucoup de mal à le faire. »</p> <p>« On le voit souvent dans les acteurs qui travaillent sur le sport et la nutrition, le sport est beaucoup plus facilement mobilisable que de dire : "mangez moins ci, faites plus attention à ce que..." C'est plus facile de motiver des gens sur des activités physiques que de leur dire de ne pas manger de sucre, par exemple de ne pas</p>

		<i>boire de soda ou de pas... enfin c'est quand même plus facile à porter comme discours. »</i>
--	--	---

Tableau 8. Types d'action principalement financée dans la thématique « nutrition » et justification des agents à ce sujet dans trois délégations départementales. Source : entretiens

Certaines délégations départementales travaillent ainsi quasi exclusivement avec des publics scolaires alors que pour des agents d'autres délégations départementales il est effectivement pertinent d'intervenir auprès des enfants, mais il est aussi « *pertinent de ne pas faire que ça* ».

Cette variété dans les actions financées, les publics ciblés et les stratégies d'actions déployées en matière de nutrition n'est pas uniquement le fruit des spécificités propres aux besoins des populations de chaque département, elle est aussi le reflet d'un manque de stratégie d'intervention commune et d'un manque de ressources pour décider quelle action accompagner sur les territoires. Face à ces manques, la focalisation de la « fiche-métier nutrition » sur les enjeux de la précarité alimentaire a pu constituer à certains égards une incompréhension de la part des chargés de mission « nutrition » en délégation départementale. En effet, les agents en délégation départementale sont particulièrement dépendants du siège pour l'établissement de stratégies générales d'action. Du fait de leur charge de travail au quotidien et des multiples thématiques qu'ils ont à traiter, ils sont en effet moins enclins à dédier de leur temps à la revue de rapports d'orientation ou à l'élaboration de caps stratégiques pour guider leur action. Par exemple sur la thématique de la nutrition, l'un d'entre eux expliquait : « *la nutrition, elle est quand même beaucoup prise en charge par le référent régional qui fait de la veille. Nous, même en matière de veille documentaire sur la nutrition, on ne fait pas. On ne fait quasiment pas, enfin je veux dire si [le référent régional] ne nous prévient pas qu'il y a de nouveaux textes sur l'aide alimentaire qui sont sortis, pour nous c'est... enfin, c'est tellement pas malheureusement une priorité que voilà quoi* »¹³⁸. Pris par leurs missions quotidiennes ou leurs relations avec les partenaires locaux, les agents des délégations départementales n'ont que très peu de temps à consacrer à la réflexion sur les stratégies d'action menée. Les fiches-métiers sont donc un élément particulièrement important pour guider localement les actions des agents en délégations départementales. L'un d'entre eux expliquait ainsi : « *Ces fiches métier ont été vraiment faites à la demande des délégations départementales qui avaient besoin de plus d'orientations plus précises que le PRS, voilà. Des consignes et une aide peut-être un petit peu... méthodologique. Et donc du coup, ces fiches ont été faites à cette attention* »¹³⁹. Cependant plusieurs agents regrettent que la fiche concernant la nutrition ne soit focalisée que sur la nouvelle thématique de l'insécurité alimentaire. Ils auraient préféré que celle-ci consigne davantage d'informations, de ressources et d'exemple d'actions efficaces concernant la nutrition en général. Le retour sur les expériences menées dans d'autres territoires est un élément particulièrement attendu comme l'atteste l'extrait d'entretien suivant :

¹³⁸ Entretien avec un chargé de mission « nutrition » d'une des délégations départementales de l'ARS Île-de-France, octobre 2021.

¹³⁹ Entretien avec un chargé de mission « nutrition » d'une des délégations départementales de l'ARS Île-de-France, octobre 2021.

« Les outils sont pas évalués, enfin voilà quoi. Sinon, c'est le réseau. Le réseau personnel, on fait confiance aux collègues : "tiens, on a testé un nouveau programme, machin et tout ça. Ça, c'est plutôt pas mal". Mais bon... Si vous avez des actions pertinentes, moi je suis partant pour les reproduire. Vraiment, c'est ça qui nous manque hein, c'est... c'est de la... c'est effectivement de la recherche sur des actions efficaces sur ce sujet-là, voilà. »¹⁴⁰

Enfin, un dernier élément qui vient compliquer l'intervention en matière de nutrition sur les territoires est le manque d'informations et d'indicateurs disponibles sur l'état de la santé nutritionnelle des populations à l'échelle des départements :

« Alors peut-être que je suis mal renseigné. Mais d'ailleurs ça peut être aussi un sujet, un problème à faire remonter. Mais en termes de cartographie, moi les seules cartographies que j'ai, pourtant je crois que j'ai contacté le siège de l'ARS sur ce point, c'est sur des données très régionales et pas forcément départementales. Les seules que j'ai retrouvées datent de 2012-2013, sur quelque chose qui pouvait s'apparenter à tout ce qui... sur l'obésité, etc. Puisque c'était des indicateurs de personnes en situation d'ALD, donc Affection Longue Durée. Et il y avait un numéro à côté qui indiquait du coup des personnes en situation de diabète, donc voilà. [...] J'ai utilisé cette cartographie pour dire qu'effectivement, [à l'est du département] avait un très fort taux de personnes en situation... enfin qui ont du diabète, donc une maladie liée à la nutrition. Donc voilà les données que j'ai utilisées. [...] On a les données de l'IDH qui sont des données de précarité, enfin des indices de développement humain. Mais en termes d'obésité, etc., moi j'ai pas trouvé de données. La CPAM pourrait avoir des données, mais je les ai jamais eues celles-là. Donc voilà, moi je manquais un petit peu effectivement de données un peu ciblées. [...] Il y a aussi des villes qui font des diagnostics santé et donc il peut y avoir des indicateurs qui ressortent, voilà, suite à ces diagnostics. Mais effectivement, c'est très très localisé. C'est pas à l'échelle départementale. »¹⁴¹

En somme plusieurs éléments peuvent contribuer à expliquer la faible diffusion de la thématique de l'aide alimentaire et plus globalement de la précarité alimentaire dans son ensemble au sein des délégations départementales, et ce malgré l'inscription de ces thématiques au sein de l'axe 5 du PRS 2 et du contexte de la crise du Covid-19 ayant fait augmenter les besoins en la matière. Nous récapitulons ces éléments ici :

- Un carnet d'adresses de partenaires locaux qui n'a pas encore englobé les acteurs de l'aide alimentaire et qui « invisibilise » ainsi les besoins du terrain en matière d'insécurité alimentaire.

¹⁴⁰ Entretien avec un chargé de mission « nutrition » d'une des délégations départementales de l'ARS Île-de-France, octobre 2021.

¹⁴¹ Entretien avec un chargé de mission « nutrition » d'une des délégations départementales de l'ARS Île-de-France, octobre 2021.

- Beaucoup de sollicitations sur la thématique « alimentation-santé » émanant du terrain et dépassant le cadre traditionnel d'intervention de l'ARS, celui de la nutrition. Ces demandes complexifient l'action d'accompagnement des chargés de mission « nutrition » des délégations départementales et brouillent aussi leurs lignes stratégiques en la matière.
- Un manque d'informations et d'indicateurs à la disposition de ces agents départementaux sur la santé nutritionnelle des populations.
- Des budgets et des temps de travail consacrés au dossier de la nutrition très variables d'une délégation départementale à l'autre et laissant dans tous les cas peu de temps pour l'élaboration de cap stratégique en la matière. Ces éléments entraînent une forte hétérogénéité en matière d'action et d'accompagnement des partenaires locaux d'une délégation à l'autre sur les enjeux de nutrition.

AUTRES ASPECTS DE LA DIFFUSION DES ENJEUX DE SANTÉ PUBLIQUE SUR LES TERRITOIRES

Qu'en est-il de la diffusion de nouvelles thématiques de santé publique sur les territoires, c'est-à-dire auprès des partenaires de l'ARS ?

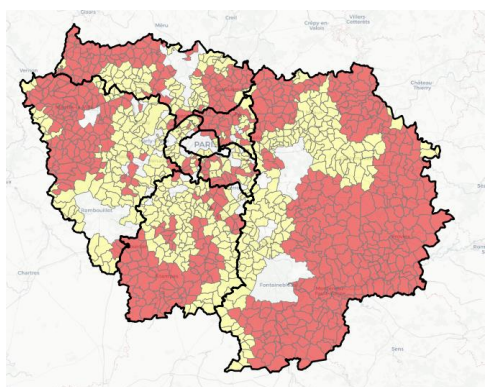


Figure SEQ Figure * ARABIC 6. Carte du « Zonage médecins », ARS, 2018. Les zones en rouge sont les « zones d'intervention prioritaire » qui correspondent aux zones sous-denses en médecins parmi les plus fragiles.

De manière générale, les études menées dans le cadre de cette évaluation de l'axe 5 du PRS 2 montrent qu'il est plus facile de porter et de structurer de nouvelles thématiques de santé publique dans les territoires de la petite couronne que dans ceux de la grande couronne pour trois raisons principales. La première a trait aux déserts médicaux présents en Île-de-France et particulièrement dans les départements de la grande couronne comme représentés en rouge dans la figure n° 4. Dans ces territoires, le problème public de santé numéro un pour les élus locaux est celui de l'implantation de médecins sur leur territoire. Dans ce contexte, il est plus difficile pour les agents des délégations départementales de l'ARS de diffuser et de mobiliser autour des enjeux de santé publique et à fortiori autour des « nouveaux » enjeux de santé publique.

Un agent de la délégation départementale de Seine-et-Marne témoigne ainsi :

« Ici, on est encore dans une représentation conservatrice de “la santé, c'est les docteurs”. D'autant plus qu'on est sur un territoire extrêmement pauvre en offres de soins, très fragilisé. Et si vous parlez à des collectivités territoriales, leur urgence c'est d'installer des médecins généralistes sur leur territoire. Et ça obère pas mal de débats aussi et de possibilités de dépasser cette question de l'offre de soins pour aller leur dire : “attention, il y a quand même des choses en votre main

— en particulier si on pense à la nutrition — qui ne relèvent pas de la présence de professionnels de santé sur votre territoire”. »¹⁴²

Le déploiement d'une EIS sur une commune de Seine–Saint-Denis souffrant d'un déficit massif de médecins et d'infirmiers illustre ce point. L'EIS, réalisée entre novembre 2019 et mars 2020, mobilisait initialement quatre communes d'une même intercommunalité. Cette évaluation visait notamment à formuler des préconisations d'actions sur le territoire afin d'orienter entre autres un Projet de renouvellement urbain de l'intercommunalité. Bien que présente initialement au comité technique de l'EIS, la commune étudiée au sein du rapport *Les politiques locales de santé*¹⁴³ établi dans le cadre de cette évaluation s'est progressivement mise en retrait du projet commun d'EIS. Les acteurs enquêtés auprès de l'intercommunalité ont décrit en effet le faible intérêt porté par la commune pour cette évaluation d'impact sur la santé, rappelant son absence de participation au deuxième comité technique dont l'objectif était de présenter et de discuter les premières préconisations de l'étude à l'ensemble des villes concernées. Ce manque d'intérêt pouvait s'expliquer selon eux par le fait que les préoccupations dont souffrait la commune en question concernant le déficit d'offre de soin sur son territoire feraient passer la prévention au second plan.

Cette préoccupation de l'accès aux soins relayant au second plan les questions de prévention et de promotion de la santé est apparue aussi dans les réponses apportées aux questionnaires du même rapport. À la question « Auriez-vous quelque chose à ajouter ? » située à la fin du questionnaire auquel ont répondu 102 collectivités territoriales au sujet de leurs actions en santé publique, la thématique de l'offre de soin, et plus précisément du manque d'offre de soin, est revenue à plusieurs reprises. Certains acteurs mentionnent ainsi des situations de « désert médical » d'autres évoquent la « problématique du départ en retraite du médecin (généraliste ou spécialiste) non remplacé » ou le fait que : « La santé devient un enjeu majeur, les élus locaux sont complètement démunis face à la désertification médicale et peu d'outils pour développer la prévention »¹⁴⁴.

La deuxième raison qui peut expliquer la plus faible pénétration de nouveaux enjeux de santé publique dans les territoires de la grande couronne, relève de la densité sur ces territoires d'acteurs compétents dans le domaine. Plusieurs agents des délégations départementales de Seine-et-Marne, des Yvelines, de l'Essonne ou du Val-d'Oise nous ont fait part de cette difficulté :

« Nous on est quand même un département très pauvre en acteurs. Voilà, on a très peu d'acteurs [...] et bon nombre d'entre eux ont de faibles compétences, dans la mise en œuvre des actions de santé publique et y compris dans la compréhension de ce qui est la santé publique. [...] Donc ici, avec peu d'opérateurs, peu de

¹⁴² Entretien avec un agent de la délégation départementale 77 de l'ARS Île-de-France, département PPS, le 16/09/2021.

¹⁴³ *Promouvoir la santé publique : Contribution à l'évaluation du Projet Régional de Santé 2018-2022 de l'ARS Île-de-France*, 2021, rapport final d'étudiants Master Stratégies Territoriales et Urbaines de l'école d'urbanisme de Sciences Po Paris, 119p.

¹⁴⁴ *Promouvoir la santé publique : Contribution à l'évaluation du Projet Régional de Santé 2018-2022 de l'ARS Île-de-France*, 2021, rapport final d'étudiants Master Stratégies Territoriales et Urbaines de l'école d'urbanisme de Sciences Po Paris, 119p.

maturité des opérateurs, on y va pas à pas, y compris en termes d'exigences qualité. »¹⁴⁵

Enfin, plusieurs thématiques portées par l'axe 5 du PRS 2 sont perçues comme étrangères aux priorités locales des territoires de la grande couronne par les acteurs locaux de santé publique et certains agents de délégations départementales. C'est notamment le cas des démarches d'intégration de la santé dans l'urbanisme et l'aménagement, de la thématiques de l'urbanisme favorable à la santé (UFS) dans son ensemble ou des évaluations d'impact sur la santé (EIS). Un agent de délégation départementale déplorait ainsi :

« L'UFS prend beaucoup de place, mais elle se limite au Grand Paris dont on est exclu, en tous cas, ça concerne peu la grande couronne. Et y a rien du tout [dans le PRS 2] sur les territoires ruraux. Or, en Île-de-France, il y a des territoires ruraux ! »¹⁴⁶

Il est donc plus facile « d'entraîner » les collectivités territoriales de la petite couronne dans les nouvelles thématiques de santé publique portées par l'axe 5 du PRS 2, car celles-ci sont moins touchées par le phénomène des déserts médicaux, qu'elles présentent un maillage de partenaires locaux compétents plus dense et enfin, qu'elles se sentent plus proches des thématiques mises en avant par le siège de l'ARS que les collectivités territoriales de la grande couronne.

Un autre élément qui freine la diffusion des enjeux de santé publique dans les territoires est le manque de coordination sur le terrain entre acteurs de la santé publique et acteurs de l'offre de soin. Nous prenons l'exemple de la prise en charge de l'obésité chez les adolescents dans le département du Val-de-Marne. Un des collaborateurs de projet en santé dans le service promotion de la santé de l'adolescent du conseil départemental explique par exemple que les éducateurs spécialisés, ainsi que les médecins, ne redirigent pas les adolescents souffrant d'obésité vers les ateliers nutrition proposés par le département :

« On est parti d'un constat autour de l'alimentation des jeunes, qui posait un vrai problème de santé publique hein, à l'échelle mondiale c'est sûr, mais déjà à l'échelle nationale. Les dernières stat ne sont pas terribles non plus [...], mais le problème vient aussi des acteurs sur le terrain, enfin ce n'est pas péjoratif, mais les éducateurs ils ne sont pas au fait sur les questions de santé quoi [...] les prescripteurs principaux sont les infirmières des collèges qui font des dépistages systématiques en classe de cinquième, de quatrième, voire de sixième depuis quelques années [...], mais concernant les médecins généralistes, c'est une toute petite partie qui nous connaît bien et qui accepte d'afficher notre communication dans leurs cabinets, les médecins n'ont globalement pas le réflexe de nous contacter. Ils vont donner quelques indications quoi, mais déjà quand un jeune

¹⁴⁵ Entretien avec un agent de la délégation départementale 77 de l'ARS Île-de-France, département PPS, le 16/09/2021.

¹⁴⁶ Entretien avec un agent de la délégation départementale 91 de l'ARS Île-de-France, département PPS, le 02/07/2021.

arrive au stade du surpoids, on peut se demander ce qu'a fait le médecin en amont enfin... »¹⁴⁷

Réussir à informer les professionnels de santé des nouveaux dispositifs de santé publique existants apparaît donc comme un enjeu fondamental pour assurer la diffusion et la circulation de nouveaux enjeux de santé publique. De manière générale, la littérature académique souligne que la mobilisation de nouveaux partenaires concernant les thématiques émergentes de la santé publique passerait par la mobilisation de quelques acteurs « stratégiques » qu'il convient d'identifier au préalable. Dans le cadre d'une étude sur les politiques de lutte contre l'habitat indigne, il a été montré que l'enjeu est d'objectiver les résultats « potentiels » de la mobilisation de ces acteurs (ou de leur collaboration avec l'ARS) et de préciser les modalités d'actions que ces acteurs pourraient mettre en œuvre¹⁴⁸. « Pour atteindre cet objectif de mobilisation de ces acteurs "potentiellement décisifs, mais peu mobilisés", il est notamment possible d'utiliser des comparaisons de type "benchmark" ou "parangonnage". Ce type de comparaison vise principalement à détailler des modalités d'intervention à l'efficacité potentiellement importante (car prévues dans les documents nationaux cadrant la politique), déployées sur d'autres territoires plus ou moins similaires du point de vue des enjeux et des pratiques en cause. L'objectif de ce type d'étude complémentaire à l'évaluation d'une politique donnée est donc ici de souligner le rôle que pourraient avoir ces acteurs, tout en précisant les articulations possibles entre leurs interventions et la politique globale en question. »¹⁴⁹.

CONCLUSION : ENRÔLER LES PARTENAIRES ET LES AGENTS POUR UNE MEILLEURE DIFFUSION DES THÉMATIQUES DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Nous avons vu dans cette partie que plusieurs éléments pouvaient freiner la diffusion de nouvelles thématiques de santé publique auprès des acteurs locaux de la santé publique : territoires qui font face à des déserts médicaux, faible maillage de partenaires locaux compétents sur ces nouveaux sujets ou acteurs qui se sentent peu concernés par les thématiques mises en avant dans le PRS 2 de l'ARS, notamment sur les territoires plus ruraux de la région Île-de-France.

L'analyse de la diffusion des « nouvelles » thématiques de l'aide alimentaire et de l'insécurité alimentaire en général a permis d'explicitier le rôle capital des agents en délégations départementales quant à la mobilisation ou non de partenaires de santé publique sur les territoires. Ces agents constituent en effet les interlocuteurs privilégiés à l'ARS de ces partenaires. Ils

¹⁴⁷ Entretien avec un chargé de mission au service promotion de la santé de l'adolescent, conseil départemental du Val-de-Marne, le 02/02/2021.

¹⁴⁸ Desquinabo, N. (2021). L'évaluation dans les politiques complexes. Les cas de la lutte contre l'habitat indigne et du traitement des copropriétés en difficulté. *Revue française d'administration publique*, (1), 115-129.

¹⁴⁹ Desquinabo, N. (2021). L'évaluation dans les politiques complexes. Les cas de la lutte contre l'habitat indigne et du traitement des copropriétés en difficulté. *Revue française d'administration publique*, (1), p.125-126.

organisent les réunions de présentation des campagnes de financement du Fonds d'intervention régionale, dont ils orientent aussi les thématiques et pour laquelle ils opèrent la sélection des dossiers. Aussi ces agents constituent un relai fondamental entre les acteurs locaux de la santé publique et le siège régional de l'ARS. Leur enrôlement dans la diffusion de nouvelle thématique de santé apparaît donc comme primordial, ce qui ne semble pas avoir été suffisamment pris en compte dans le cas de la diffusion de la thématique de l'insécurité alimentaire.

PARTIE 3

PARTENAIRES LOCAUX : ANIMER UN RÉSEAU TERRITORIAL DE SANTÉ PUBLIQUE

Le développement de la santé publique dans les politiques locales dépend de la diffusion d'une culture commune des déterminants de santé, mais aussi de la force de son réseau de mise en œuvre que nous abordons dans cette partie. La force d'un réseau dépend du type et du nombre d'acteurs mobilisés et des liens que ces acteurs entretiennent entre eux. La coordination entre ces acteurs influe en effet sur leur capacité à optimiser leurs ressources aussi bien financières, qu'humaines ou informationnelles. Le degré de développement et la stabilité du réseau sont donc des critères centraux pour la compréhension de la continuité et de l'efficacité des actions menées en termes de santé publique. En effet, selon le rapport *Les politiques locales de santé*, élaboré dans le cadre de l'évaluation de l'axe 5 du PRS 2, les communes qui construisent leurs politiques de santé publique sur création et la consolidation d'un réseau d'acteurs mènent une action publique en la matière plus efficace et plus résiliente que celles qui optent pour un développement par projets¹⁵⁰.

La mission de coordination et de mise en réseau d'acteurs locaux travaillant sur les enjeux de santé est une des missions initiales de l'ARS. Elle est rappelée sous forme d'objectif dans l'Axe 5 du PRS 2 avec notamment les actions prioritaires suivantes : « Appuyer et renforcer l'animation territoriale » et « Rendre la coopération et la collaboration de l'ARS attractives »¹⁵¹.

Dans cette partie nous abordons tout d'abord le rôle que joue l'ARS dans la coordination de réseaux d'acteurs de santé publique sur les territoires. Nous détaillons ensuite l'action en santé publique menée par les collectivités territoriales franciliennes. Quels sont leurs déterminants d'action, leurs ressources et leurs liens avec l'ARS et ses délégations départementales pour mettre en œuvre leurs politiques de santé ? Nous répondons à ces questions à l'aide de données chiffrées et de monographies menées dans une dizaine de communes d'Île-de-France. Nous développons ensuite l'exemple de la déclinaison locale du PNNS par les collectivités territoriales. Enfin, nous présentons les modalités d'action dont l'Agence dispose pour animer ces réseaux locaux d'acteurs de santé publique et le recours à ces modalités d'action dans le cadre du déploiement de l'axe 5 du PRS 2.

¹⁵⁰ *Les politiques locales de santé*, 2020, rapport final d'étudiants du Master Stratégies Territoriales et Urbaines de l'école d'urbanisme de Sciences Po Paris, 70p.

¹⁵¹ Cadre d'orientation stratégique 2018-2027, ARS Ile de France, septembre 2018, 34 p.

LE RÔLE ESSENTIEL DE L'ARS DANS LA COORDINATION DES ACTEURS DE SANTÉ PUBLIQUE SUR LES TERRITOIRES

Les ARS ont été créées dans un souci de mise en cohérence de l'action publique locale en matière de santé¹⁵². Cette mission de coordination peut se décliner en plusieurs actions telles que :

- La déclinaison locale des politiques de santé publique nationales et régionales
- L'animation d'un réseau d'acteurs en santé publique sur le territoire
- Le financement et l'accompagnement de leurs actions.

En effet, en parallèle ou en synergie avec l'action publique déployée par l'ARS, de nombreux acteurs infranationaux développent eux-mêmes leurs propres agendas et leurs propres activités sur les thématiques de santé publique de l'axe 5 du PRS 2. Parmi ces acteurs, des collectivités territoriales, des associations, des acteurs privés, des associations d'usagers, des ordres, des unions régionales de professionnels de santé, des mutualités, des centres d'examen santé, la caisse primaire d'assurance maladie, parmi de nombreux autres. L'ambition du PRS 1 était d'améliorer la coordination de la santé dans la région Île-de-France entre ces acteurs¹⁵³. De fait, l'organisation territoriale de la santé est complexe et notamment concernant les enjeux de santé publique qui font intervenir de nombreux acteurs sur le territoire. Les caractéristiques de ces acteurs divergent sur de nombreux points : statuts (organes déconcentrés d'État, collectivités territoriales, associations, acteurs privés, associations, etc.), capacités d'action (levier d'action, budgets, ressources humaines disponibles), échelles d'action (de la région au quartier) ou encore logiques d'action.

Les ARS, par le biais de leurs délégations départementales, doivent « traduire » les objectifs de leur PRS de façon à aligner les intérêts de ces acteurs locaux aux orientations régionales. L'ARS mène ainsi une action d'« enrôlement » des acteurs locaux de santé publique pour que ceux-ci investissent leurs ressources dans une action de santé publique conforme aux recommandations de l'Agence.

Les acteurs locaux jouent donc un rôle essentiel dans la mise en œuvre des programmes d'action de l'ARS, mais également dans l'initiation de politiques de santé qui leur sont propres. Cette autonomie des acteurs sur terrain est parfaitement reconnue par les agents de l'ARS avec lesquels nous nous sommes entretenus. Il s'agit ainsi davantage pour ces agents en délégations départementales ou au siège d'être « *un acteur parmi les acteurs* »¹⁵⁴, capable de « *piloter l'action [de santé publique] en visant à créer une culture partagée* »¹⁵⁵. Un agent résume ainsi : « *En fait, c'est vraiment ça, c'est comment on arrive à créer la sauce entre tout le monde pour que les choses émergent et puissent se développer. Donc nous on est ce liant* »¹⁵⁶.

¹⁵² Palier, B. (2021). La réforme des systèmes de santé. Que sais-je. Paris, PUF, 128 p.

¹⁵³ Bilan du Projet régional de santé Île-de-France 2013-2017, Synthèse transversale, ARS, 100 p.

¹⁵⁴ Entretien avec un agent de la délégation départementale 78 de l'ARS Île-de-France, département PPS, le 27/10/2021.

¹⁵⁵ Entretien avec un agent au siège de l'ARS Île-de-France, le 11/12/2020.

¹⁵⁶ Entretien avec un agent de la délégation départementale 78 de l'ARS Île-de-France, département PPS, le 16/09/2021.

La mise en réseau des acteurs est ainsi perçue comme un facteur indéniable du déploiement de politiques publiques favorables à la santé et à la prise en compte de ses enjeux intersectoriels. À ce titre, renforcer l'animation du réseau d'acteurs locaux en matière de santé publique constitue l'une des orientations stratégiques de l'axe 5 du PRS 2. Cette modalité d'action de l'ARS et de ses délégations départementales s'est aussi révélée particulièrement efficace dans le cas de la gestion de crise sanitaire de la Covid-19 (point qui est détaillé dans la partie 4 de ce rapport). En effet, selon de nombreux observateurs, dont ceux rattachés à la Fabrique territoires santé ou appartenant à l'association des Élus santé publique et territoires : "Les dynamiques territoriales de santé, quand elles existent, facilitent la gestion locale de la crise"¹⁵⁷. Les réponses locales aux crises sanitaires ou sociales passent ainsi par des dispositifs de coordination dont il est essentiel de comprendre les modalités de mise en place, les freins et leviers.

Ce rôle de coordination qu'occupe l'ARS est aussi un élément apprécié par de nombreux acteurs locaux de santé publique enquêtés sur les territoires. L'un d'eux exprimait ainsi lors d'un entretien : *"on a besoin d'un cadre, de rendez-vous réguliers afin que les échanges soient formalisés. Le but n'est pas d'ajouter un programme dans le mille-feuille des programmes, c'est de donner les moyens pour que les gens travaillent ensemble"*¹⁵⁸. Lors des enquêtes menées auprès des collectivités territoriales par questionnaire¹⁵⁹, il a été montré que les acteurs de santé publique manifestent en particulier trois types de besoins vis-à-vis de l'action de l'ARS :

- Renforcer la lisibilité en matière d'offre de santé publique sur les territoires
- Offrir des espaces de concertation entre pairs pour partager les pratiques et les savoirs sur les actions menées sur le terrain.
- Financer davantage les initiatives locales de santé publique

Pour répondre à ces besoins, les 102 représentants des collectivités territoriales interrogés se déclarent en faveur d'un renforcement des ARS à 54 % et des programmes régionaux pilotés par l'ARS à 60 %. Ces statistiques traduisent le souhait des collectivités territoriales d'être accompagnées par l'ARS en matière de santé publique, mais aussi leur attachement et leur reconnaissance des compétences de l'Agence pour mener à bien cette animation du réseau des partenaires locaux de santé publique. L'ensemble de ces informations sont disponibles dans le schéma suivant :

Si les 102 répondants parmi les collectivités territoriales d'Île-de-France enquêtées jugent majoritairement positivement l'action de l'ARS en matière de santé publique et de coordination des acteurs sur le territoire, plusieurs déplorent tout de même lors d'entretiens le langage parfois

¹⁵⁷ Tribune Covid 19 et lutte contre les inégalités : pour un véritable soutien aux dynamiques territoriales de santé, Fabrique Territoires Santé et Élus Santé Publique et Territoires, 20 avril 2020.

¹⁵⁸ *Les politiques locales de santé*, 2020, rapport final d'étudiants du Master Stratégies Territoriales et Urbaines de l'école d'urbanisme de Sciences Po Paris, 70p.

¹⁵⁹ *Promouvoir la santé publique : Contribution à l'évaluation du Projet Régional de Santé 2018-2022 de l'ARS Île-de-France*, 2021, rapport final d'étudiants Master Stratégies Territoriales et Urbaines de l'école d'urbanisme de Sciences Po Paris, 119p.

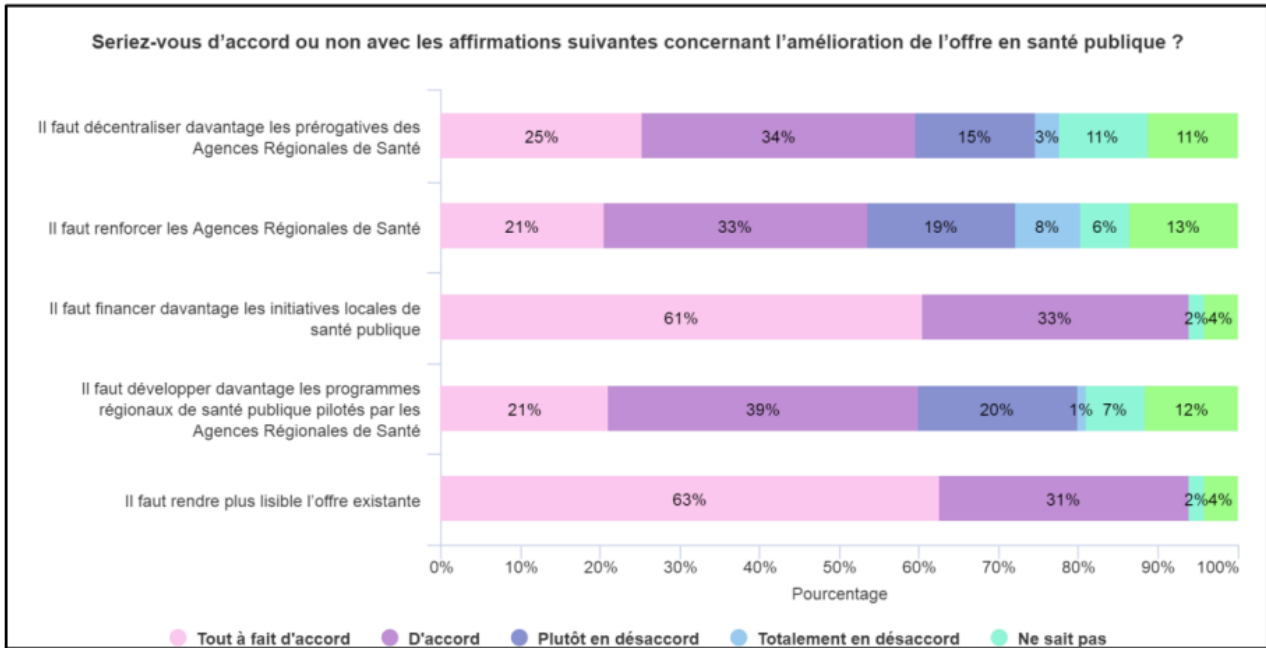


Figure SEQ Figure * ARABIC 7. Réponses des 102 collectivités territoriales interrogées à la question « Comment améliorer l'offre en santé publique ? ». Source : *Promouvoir la santé publique*, 2021, Master Stratégies Territoriales et Urbaines de l'école d'urbanisme de Sciences Po Paris, 119p.

technocratique de l'Agence et son manque de considération épisodique à l'égard des collectivités territoriales. L'un d'eux exprimait par exemple :

« Nouvel élu [...] je peine souvent dans la compréhension lors de réunions avec l'ARS ou à la lecture de compte rendu. Langage hautement technique, voire hermétique, quand il faut être dans le partage et la collaboration, il convient de le voir sous l'angle du partenariat et donc savoir se rendre accessible pour être compris, et être aussi à l'écoute des autres partenaires. »¹⁶⁰

Un agent au siège de l'ARS concédait en effet qu'il faudrait « *laisser davantage de place au retour de terrain, avoir une meilleure écoute, prendre leurs outils [ceux des communes] plutôt que d'imposer les nôtres* »¹⁶¹. En ce sens, cet agent jugeait aussi qu'il serait plus pertinent que l'ARS s'adapte à l'architecture juridique des communes, que ces dernières maîtrisent, plutôt que d'imposer une nouvelle architecture complexe qui demande un accompagnement, des moyens et du temps d'agents.

¹⁶⁰ Extrait d'une réponse libre reçue dans l'un questionnaire complété par l'une des 102 collectivités territoriales enquêtées en Île-de-France. Source : *Promouvoir la santé publique*, 2021, Master Stratégies Territoriales et Urbaines de l'école d'urbanisme de Sciences Po Paris, 119p.

¹⁶¹ Entretien avec un agent au siège de l'ARS Île-de-France, Direction de la santé publique, le 11/12/2020

Une autre demande à l'ARS formulée par les acteurs enquêtés au sein du rapport *Promouvoir la santé publique*¹⁶² est d'améliorer la lisibilité de ses actions. En effet, sur les 102 collectivités ayant répondu au questionnaire de l'enquête, 40 % des acteurs déclarent ne pas trouver l'action de l'ARS très lisible, résultat présenté dans le graphique suivant :

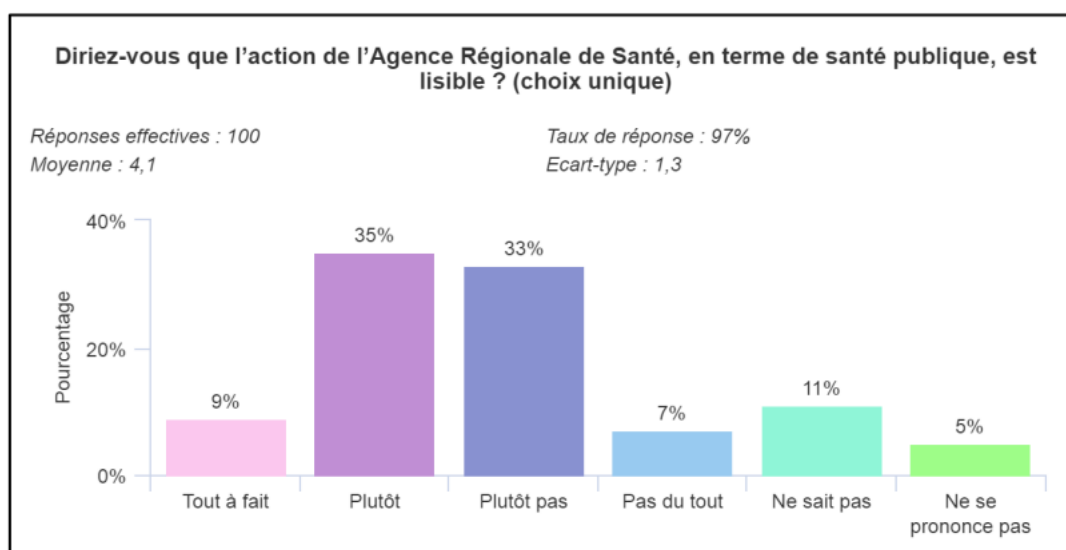


Figure SEQ Figure * ARABIC 8. Lisibilité de l'action de l'ARS par les acteurs des collectivités territoriales (N=100). Source : *Promouvoir la santé publique, 2021, Master Stratégies Territoriales et Urbaines de l'école d'urbanisme de ScPo Paris, 119p.*

Le manque de cohérence des actions de santé publique déployées sur les territoires est aussi un élément souvent signalé par les acteurs locaux actifs dans le domaine¹⁶³.

L'ACTION DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES. L'EXEMPLE DE LA DÉCLINAISON LOCALE DU PNNS

Nous avons décidé d'analyser dans cette partie l'action en matière de santé publique d'un seul de ces acteurs locaux, partenaire important si ce n'est privilégié de l'ARS : les collectivités territoriales. Ce choix a été justifié par le fait que l'une des orientations stratégiques de l'axe 5 du PRS 2 est justement de diffuser les enjeux de santé publique au sein des politiques locales menées par des collectivités territoriales. De plus, ces acteurs locaux et en particulier les villes représentent l'un des premiers interlocuteurs des agents de l'ARS et de ses délégations départementales. Un agent de

¹⁶² *Promouvoir la santé publique : Contribution à l'évaluation du Projet Régional de Santé 2018-2022 de l'ARS Île-de-France, 2021, rapport final d'étudiants Master Stratégies Territoriales et Urbaines de l'école d'urbanisme de Sciences Po Paris, 119p.*

¹⁶³ *Santé publique et politiques publiques locales quelles articulations, quels enjeux, quelles perspectives ? Compte rendu des interventions, CNFPT, 24 septembre 2013, Paris*

l'ARS chargé de mission sur la nutrition en délégation départementale expliquait ainsi lors d'un entretien : « *Lorsque je suis arrivé sur ce poste, on avait essentiellement comme acteurs mobilisés et mobilisables les villes. C'est toujours le cas, ceci dit, pour ce qui concerne l'agence. Donc ça a été essentiellement les villes* »¹⁶⁴. Nous décrivons donc dans un premier temps les ressorts de l'investissement des collectivités territoriales dans la prévention et la promotion de la santé sur leur territoire, avant d'analyser, à l'aide de monographies menées dans cinq villes d'Île-de-France, les dynamiques d'actions en termes de nutrition au sein de ces collectivités territoriales.

Actions et ressorts de l'action des collectivités territoriales en matière de santé publique

La santé publique est une compétence de l'État comme le rappelle la loi « relative à la santé publique » du 9 août 2004¹⁶⁵. La loi de modernisation du système de santé, ou Loi Santé, datant de 2016, ne modifie pas cette organisation. On peut lire : « La Nation définit sa politique de santé afin de garantir le droit à la protection de la santé de chacun. La politique de santé relève de la responsabilité de l'État »¹⁶⁶. Ainsi, en comparaison à l'action publique menée par les organes d'État, l'action des collectivités territoriales en matière de santé publique est beaucoup moins développée. Elle a même été décrite comme « résiduelle » dans le rapport « Santé et territoires : à la recherche de l'équilibre » porté par le Sénat en 2011¹⁶⁷.

Cependant, du fait de certains de ses champs de compétence, tels que l'action sociale, la restauration scolaire ou l'urbanisme, les communes peuvent être amenées à aborder des problématiques de santé publique. En outre, les communes disposent d'une clause générale de compétence¹⁶⁸ qui les autorise à intervenir dans tous les domaines qui concernent l'intérêt public local, tant que cela ne rentre pas en conflit avec les compétences attribuées à une autre institution. Ces collectivités territoriales sont en effet dans une position privilégiée de proximité avec le public, ce qui en fait des relais privilégiés de la politique nationale, comme on le comprend à la lecture de cet extrait du « Guide à l'usage des élus et des services communaux et intercommunaux », rédigé par la Direction générale de la santé au ministère des Solidarités et de la Santé : « Les communes et les intercommunalités disposent de nombreux atouts pour agir dans le domaine de la nutrition. Leur statut de personnes publiques est gage de l'intérêt général qui caractérise leur action. De plus, elles bénéficient d'une grande proximité avec la population et avec de nombreux professionnels intervenant dans les domaines de la santé, de l'action sociale, de l'éducation et de la vie économique. En outre, en agissant sur les déterminants environnementaux, le territoire de la

¹⁶⁴ Entretien avec un chargé de mission « nutrition » d'une des délégations départementales d'Île-de-France, le 28/10/2021.

¹⁶⁵ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

¹⁶⁶ Article L1411-1 du Code de la santé publique, modifié par LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 — art. 7

¹⁶⁷ Rapport d'information « Santé et territoires : à la recherche de l'équilibre », rapport de Marie-Thérèse Bruguière fait au nom de la délégation aux collectivités territoriales, juin 2011.

¹⁶⁸ Article L2121-29 du Code général des collectivités territoriales.

commune ou de l'intercommunalité est particulièrement adapté à la prise en compte globale de la santé »¹⁶⁹.

Ainsi, les collectivités territoriales et en particulier les villes sont décrites comme étant les principaux partenaires des délégations départementales de l'ARS en matière de développement d'actions de santé publique sur les territoires. Au-delà de cette forme de territorialisation des politiques nationales ou régionales de santé publique, les villes sont elles-mêmes prescriptrices de programmes d'action en matière de santé publique. En somme, de par leur action sur les déterminants de la santé ou à destination de publics spécifiques sur des enjeux précis de santé publique, les collectivités territoriales sont en fait des acteurs majeurs de la politique de santé publique. Aussi, on note que « depuis la loi du 9 août 2004 et la mise en place des premiers plans régionaux de santé publique, leur place ne cesse de s'affirmer en Île-de-France — en tant que pilotes, financeurs ou porteurs de projets. Leur participation active à la politique régionale pour améliorer la santé des Franciliens et réduire les inégalités de santé a permis une meilleure organisation des programmes de santé publique mis en œuvre (visibilité, concertation, coordination, transparence, intégration des problématiques locales). Elle est aussi à l'origine de démarches novatrices (développement de l'observation de la santé pour l'aide à la décision locale) »¹⁷⁰. Les collectivités territoriales sont ainsi de fait, de véritables acteurs de la santé qui, à travers l'ensemble de leurs politiques territorialisées, contribuent à créer des environnements favorables à la santé globale des habitants et à lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé¹⁷¹.

En région Île-de-France les collectivités territoriales s'emparent de manière très disparate des sujets liées à la santé publique, que cela soit en termes d'activités menées ou non¹⁷² ou s'agissant de la nature de ces activités (moyens mis en œuvre, nature des solutions apportées, etc.)¹⁷³. Cette inégale implication des collectivités territoriales en matière de santé publique et de promotion de la santé est la résultante de facteurs structurels et conjoncturels propres à ces collectivités territoriales. Nous détaillons ici certains de ces facteurs mis à jour grâce à l'analyse statistique menée sur l'action de 102 collectivités territoriales en Île-de-France dans le rapport *Promouvoir la santé publique*¹⁷⁴ réalisé en 2021 dans le cadre de cette évaluation de l'axe 5 du PRS 2.

¹⁶⁹ Ministère des Solidarités et de la Santé et Programme National Nutrition Santé. *Villes et nutrition : améliorer la nutrition et la santé de la population par l'alimentation et l'activité physique. Guide à l'usage des élus et des services communaux et intercommunaux*, 2018, 27 p.

¹⁷⁰ de Maria, F., & Grémy, I. (2009). *Apports des collectivités territoriales franciliennes à la politique régionale de santé publique*. *Santé publique*, 21 (5), 513-522.

¹⁷¹ *Santé publique et politiques publiques locales quelles articulations, quels enjeux, quelles perspectives ?*, Compte rendu des interventions, CNFPT, 24 septembre 2013, Paris.

¹⁷² *Promouvoir la santé publique : Contribution à l'évaluation du Projet Régional de Santé 2018-2022 de l'ARS Île-de-France*, 2021, rapport final d'étudiants Master Stratégies Territoriales et Urbaines de l'école d'urbanisme de Sciences Po Paris, 119p.

¹⁷³ *Les politiques locales de santé*, 2020, rapport final d'étudiants du Master Stratégies Territoriales et Urbaines de l'école d'urbanisme de Science Po Paris, 70p.

¹⁷⁴ *Promouvoir la santé publique : Contribution à l'évaluation du Projet Régional de Santé 2018-2022 de l'ARS Île-de-France*, 2021, rapport final d'étudiants Master Stratégies Territoriales et Urbaines de l'école d'urbanisme de Sciences Po Paris, 119p.

Ces éléments statistiques permettent de mieux comprendre les ressorts de l'action des collectivités territoriales en matière de prévention et de promotion de la santé. Ils sont donc issus de l'analyse des réponses de 102 collectivités territoriales à un questionnaire administré à un panel représentatif en région Île-de-France par un groupe d'étudiants du Master Stratégies Territoriales et Urbaines de l'école d'urbanisme de Sciences Po. Cette étude cherchait à déterminer les facteurs structurels de l'implication variable des collectivités territoriales en matière d'action de santé publique, que cela soit dans le champ de la nutrition et de l'aide alimentaire, de l'activité physique ou de l'urbanisme favorable à la santé. Un résumé complet de cette analyse figure dans l'Annexe n° 2 de ce rapport d'évaluation.

Lors de l'analyse des résultats du questionnaire, il est apparu que la taille des communes, leur revenu médian et le fait d'avoir des quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) sont des facteurs explicatifs de l'implication plus ou moins forte des collectivités en matière de santé publique. En effet, 67 % des répondants issus de communes de plus de 50 000 habitants mettent en place des ateliers de prévention santé contre seulement 6 % des communes entre 5 000 et 20 000 habitants. De même, plus une commune est peuplée, plus elle est susceptible d'avoir mis en place une démarche d'urbanisme favorable à la santé et plus son PLU est susceptible d'intégrer des enjeux de santé. Concernant le critère de revenu des collectivités, on relève deux types de tendances. D'une part, les collectivités les plus aisées bénéficient de plus de latitudes pour mettre en œuvre des initiatives améliorant la qualité environnementale : 80 % des répondants issus de ces collectivités aisées déclarent combattre les pollutions sonores et un taux similaire déclare travailler à l'amélioration du confort climatique. Dans les collectivités ayant un revenu significativement en deçà de la moyenne régionale, 50 % des répondants déclarent mettre en œuvre des actions dans le premier domaine cité, 67 % dans le second. D'autre part, les collectivités les plus précaires semblent plus mobilisées sur les questions de nutrition, de promotion des activités physiques et d'aide alimentaire. Par exemple, 95 % des répondants de ces communes déclarent mettre en place des dispositifs en faveur de la nutrition, contre seulement 67 % des répondants issus de territoires aisés. De manière générale, les résultats du questionnaire montrent que les démarches d'urbanisme favorable à la santé et d'évaluation des impacts sur la santé demeurent très marginales. Ainsi, parmi les répondants, seuls 5 % ont mis en place une EIS, et 10 % en ce qui concerne les démarches d'UFS. De fait, une majorité de répondants (55 %) ne connaissent pas les démarches d'UFS.

Des facteurs conjoncturels jouent aussi sur la capacité d'action des collectivités territoriales en matière de santé publique telles que l'implication d'acteurs locaux particulièrement moteurs (élus, agents, professionnels de santé, structures locales, etc.) ou la survenue de chamboulements majeurs comme la crise sanitaire de la Covid-19 qui a réorienté une partie des actions menées au sein des ASV, notamment en matière d'aide alimentaire.

Le rapport conclut qu'en définitive, les enjeux de santé publique sont globalement perçus comme des questions sociales et politiques centrales par les acteurs interrogés au sein des 102 collectivités territoriales enquêtées en région Île-de-France. Les déterminants de la santé publique semblent de plus en plus pris en compte par les élus, notamment ceux qui ont trait à l'environnement urbain, puisque cela s'inscrit dans une sensibilisation croissante aux enjeux écologiques. Mieux encore,

comme le souligne une des personnes interrogées, la santé semble faire consensus au-delà des clivages politiques : « *La santé fait l'unanimité, contrairement à la mobilité décarbonée par exemple. Si on parle de l'aspect santé environnemental, qui semble plus qu'essentiel pour la ville de demain, on va mettre tout le monde d'accord* »¹⁷⁵.

L'action des collectivités territoriales en Île-de-France a aussi été étudiée dans le cadre de l'évaluation de l'axe 5 du PRS 2 par le prisme de monographies menées dans un nombre restreint de communes, mais permettant de mieux analyser les ressorts des politiques de santé publique jugées efficaces¹⁷⁶. L'analyse déployée dans quatre communes franciliennes en particulier a permis de mettre en lumière deux manières de développer des politiques locales de santé. Certaines communes font reposer leurs actions sur une logique de projets, les acteurs locaux s'inscrivent alors dans des directives régionales et mettent en œuvre en petit comité les actions insufflées par ces directives. D'autres communes élaborent leurs actions de santé publique grâce à la consolidation perpétuelle de leur réseau d'acteurs dont les rendez-vous de concertation sont réguliers.

Grâce à une grille d'analyse développée par les auteurs de cette étude et disponible en Annexe n° 1 de ce rapport, ces deux approches ont pu être comparées quant à leur efficacité. Il est apparu qu'une politique territoriale de santé publique fondée sur un réseau local est non seulement plus efficace, mais également plus résiliente qu'une politique reposant sur des réponses à des appels à projets. En effet, les politiques locales de santé publique abouties sont le fait d'un réseau d'acteurs développé, dont les membres sont issus de différents corps professionnels ayant un contact direct avec les habitants et une connaissance empirique des problématiques territoriales. Lorsque ces acteurs se concertent pour mettre en commun leurs expertises dans leurs domaines d'intervention respectifs, on remarque que les programmes mis en œuvre sont plus efficaces et plus pérennes. En premier lieu parce qu'ils ont été conçus pour répondre à un besoin concret verbalisé par les habitants, ensuite parce que les habitants ont pris connaissance de cette offre de santé par le biais de ces intermédiaires impliqués. De plus, lorsque la thématique de la santé publique a une légitimité d'un point de vue politique et territorial, les programmes mis en place font plus facilement l'objet d'évaluations et d'études de terrain, qui contribuent alors à les enrichir.

Dans la section suivante, nous poussons cette analyse sur les ressorts d'action des collectivités territoriales en matière de santé publique en déployant un exemple en particulier, celui de leurs politiques en matière de nutrition.

¹⁷⁵ Entretien auprès d'un chargé de mission EIS dans une collectivité territoriale d'Île-de-France, le 12/02/2021.

¹⁷⁶ *Les politiques locales de santé*, 2020, rapport final d'étudiants du Master Stratégies Territoriales et Urbaines de l'école d'urbanisme de Science Po Paris, 70p.

L'action des collectivités territoriales en matière de nutrition

Cette section reprend les conclusions du mémoire¹⁷⁷ de Clara Jacquot portant sur la territorialisation de la politique nutritionnelle et dont le résumé complet est disponible en Annexe n° 3 de ce rapport. Ce mémoire analyse l'action et les ressorts d'action en matière de nutrition de cinq villes d'Île-de-France aux profils socio-économiques divers : Alfortville, Argenteuil, Asnières-sur-Seine, Mantes-la-Jolie et Rosny-sous-Bois.

L'analyse des monographies réalisées dans ces villes montre que ces collectivités accordent toute une grande importance à la dynamique partenariale. Cependant, l'établissement de partenariats est davantage présenté comme une condition essentielle à la réalisation d'une politique nutritionnelle dans les villes les moins dotées en ressources que dans celles plus aisées. Mantes-la-Jolie et Rosny-sous-Bois se caractérisent par un faible niveau de ressources municipales à investir dans les actions de prévention. Des cinq villes du terrain, ce sont également celles pour qui les partenariats, notamment associatifs, sont les plus importants. On observe donc que le développement de réseaux d'acteurs provenant majoritairement du milieu associatif ou privé est lié à un faible niveau de ressources municipales. Dans les communes plus favorisées, l'établissement de partenariats est également un objectif important pour les élus et les fonctionnaires municipaux, mais il n'est pas une condition indispensable au développement d'une politique nutritionnelle locale. Dans un contexte où davantage de ressources municipales sont allouées à la prévention en nutrition, les acteurs municipaux font moins appel aux associations locales ou à des partenaires extérieurs. De plus, ils ont un accès facilité à deux types d'acteurs convoités : l'Éducation nationale et les professionnels de santé.

Asnières-sur-Seine et Alfortville sont les deux villes du terrain qui allouent le plus de moyens municipaux à la prévention en nutrition. Des agents municipaux sont impliqués dans les actions. Cependant, on peut constater que la nature des ressources de ces villes diffère, ce qui influence le développement des réseaux d'acteurs et le contenu des politiques de prévention. Ainsi, Asnières-sur-Seine est davantage engagée dans des actions à destination des établissements scolaires, en raison de la présence d'un nombre important d'infirmières scolaires municipales et d'éducateurs sportifs municipaux. Alfortville, qui est la ville du terrain avec la plus forte densité de professionnels de santé, développe des actions de prévention avec une dimension médicale plus prononcée que les autres communes. Ce sont donc les ressources humaines disponibles localement qui orientent la détermination des actions mises en place. L'exemple de ces deux villes nous montre que les communes les plus favorisées mobilisent davantage d'acteurs municipaux pour concevoir et réaliser leur politique de prévention en nutrition. Les acteurs provenant du milieu médical y sont aussi plus représentés. Ces communes établissent des partenariats avec les associations, mais les acteurs associatifs sont moins centraux que dans les villes disposant de moins de ressources. Allouer des ressources municipales à la prévention en nutrition permet aussi d'avoir un accès facilité à des milieux assez fermés, tels que les établissements scolaires. La quantité des ressources humaines

¹⁷⁷ Contraindre, inciter ou diffuser ? La territorialisation de la politique nutritionnelle : enjeux de gouvernance et de coordination, Clara Jacquot, 2021, 122 p. Mémoire de fin d'étude, master de recherche en sociologie, Sciences Po Paris

est un élément important à prendre en compte, mais leur qualité l'est tout autant. En effet, allouer plusieurs acteurs municipaux à la prévention en nutrition ne garantit pas l'émergence d'une politique de prévention dynamique. La volonté et la motivation des acteurs à s'investir dans cette voie sont centrales.

De manière générale, la couleur politique actuelle des villes du terrain ne semble pas influencer la volonté municipale de développer des actions de prévention en nutrition. Cependant, le niveau de développement de la politique nutritionnelle — notamment la quantité, le type d'actions réalisées et la nature des partenariats — est fortement dépendant de l'ancienneté de l'engagement. Pour les villes, poursuivre un sentier tracé par un ancien choix politique permet d'obtenir davantage de « rendements » en matière de santé publique. Argenteuil s'est par exemple engagée tôt dans une politique de santé publique, qui a ensuite été pérennisée par les mandatures successives. En conséquence, l'engagement de la ville dans la santé publique s'est renforcé avec le temps, jusqu'à devenir un aspect caractéristique de la politique argenteuillaise. D'importants coûts fixes ont déjà été avancés pour la création des deux CMS de la ville, ce qui constitue une incitation à les pérenniser. De plus, les différents acteurs de la ville sont habitués à faire de la prévention en santé, parfois depuis longtemps et ont acquis une certaine autonomie dans leur pratique. La volonté politique passée est donc un élément central dans la construction des politiques de santé publique. Les fonctionnaires territoriaux ont aussi un rôle essentiel dans la détermination des modalités concrètes de la politique, dans le choix des ressources et des partenaires à mobiliser. Ils orientent également les politiques en proposant de nouvelles idées d'actions. Ils ont souvent l'avantage d'être en poste depuis plus longtemps que les élus et donc d'avoir une meilleure maîtrise de la problématique et des dispositifs mobilisables pour y répondre.

On observe dans chaque ville la création de nouveaux outils ou ateliers, destinés à accompagner la diffusion de recommandations ou à transmettre des messages de façon plus ludique. Pour cette raison, le contenu des politiques de prévention diffère d'une commune à une autre. Si le désir d'innovation est présent dans toutes les villes du terrain, elle se concrétise davantage dans les villes les plus favorisées. Ces villes ont la capacité de s'autonomiser par rapport aux instruments d'action publique et de créer des programmes qui sont porteurs d'une conception de la prévention en nutrition innovante par rapport aux standards de la politique nationale. Une ville qui dispose d'importantes ressources dédiées à la prévention en santé, comme Asnières-sur-Seine et Alfortville, peut développer des instruments alternatifs aux dispositifs officiels. Ainsi, une commune qui a des associations sportives variées, dont les éducateurs ont été formés à la prise en charge de patients atteints d'ALD, et qui est parvenue à tisser des partenariats entre ces associations et les professionnels de santé, est plus à même de s'autonomiser par rapport aux instruments d'action publique officiels qu'une ville disposant de moins de moyens.

On peut également constater que ces politiques de santé sont encore une fois dépendantes des ressources locales et des réseaux d'acteurs qui se sont constitués. Les villes les plus défavorisées ont moins de ressources, mais sont également pénalisées par la concentration de besoins plus importants. En effet, les inégalités de santé sont corrélées aux inégalités territoriales.

La comparaison entre les cinq villes étudiées révèle que la déclinaison de la politique de prévention en nutrition se traduit par l'émergence de politiques locales hétérogènes. Ces différences s'expliquent en partie par une inégale dotation en ressources, qu'elles soient financières, humaines ou politiques. Les réseaux d'acteurs qui se forment dans les communes reflètent la qualité et la quantité de ressources dont le territoire est pourvu. De plus, la volonté politique et l'histoire de chaque ville jouent un rôle déterminant, ce qui accroît les différences entre les territoires. Les institutions étatiques développent des instruments pour coordonner et réguler les initiatives locales. Cependant, les communes ont des usages différents de ces instruments. Plus que des guides orientant la mise en œuvre des actions de prévention, ces instruments servent souvent à valoriser a posteriori des actions déjà effectives. En conséquence, les villes se saisissent de la prévention en nutrition, se l'approprient, l'intègrent à d'autres problématiques, comme celles relevant de la politique de la ville. On observe ainsi un découplage entre la politique nationale et les mises en œuvre locales, qui se traduit par l'expression de désaccords, d'une certaine forme de rejet des dispositifs nationaux et de l'affirmation de l'autonomie des collectivités dans la réalisation des actions et le développement de dynamiques d'innovation. La capacité de l'État à maintenir une cohérence entre la politique nationale et ses multiples concrétisations locales est remise en question par l'autonomisation des collectivités locales. Plusieurs facteurs peuvent expliquer la remise en cause du programme d'actions du PNNS. Parmi eux se trouve la faiblesse des ressources humaines et financières allouées au programme national et notamment aux agents des ARS ayant pour mission d'animer ce programme localement. Cette mission est en effet rendue difficile du fait de la rareté des ressources humaines et financières allouées à la prévention en nutrition comme le rappelait un agent au siège de l'ARS Île-de-France : « *On parle de déterminants de santé. Je crois que rien que l'alimentation et tout ce qui est maladie associée représentent 15 % de la mortalité, 13 % pour le tabac. Vous avez peut-être entendu parler d'un plan-tabac. Nous en Île-de-France, on a eu 4 millions avec le plan-tabac. J'ai pas 4 millions rien que sur l'alimentation. Et la nutrition c'est pas que l'alimentation, la nutrition. On est bien d'accord que c'est comme une équation avec alimentation, activité physique, obésité, sédentarité, et puis sommeil, santé bucco-dentaire* ».

Cependant, on observe aussi des éléments convergents au sein de ces politiques territoriales, en ce qui concerne l'approche de la problématique nutritionnelle et des solutions à y apporter. Cette mise en œuvre d'actions de prévention en nutrition cohérentes et convergentes est rendue possible par la diffusion de référentiels communs, qui permettent aux différents acteurs de partager un vocabulaire, des concepts communs et des représentations communes de la problématique et des moyens les plus adaptés pour y répondre. Ces référentiels leur permettent de construire des projets similaires et de se coordonner. Leur diffusion a lieu dans de multiples espaces d'interactions en partie animés par les agents de l'ARS, tels que des réunions de CLS, des webinaires, des formations gratuites, des échanges informels ou encore via des documents diffusés par les institutions étatiques, par les collectivités locales ou par des associations plateformes de ressources. Les procédures d'évaluation favorisent aussi les échanges entre les acteurs. Ces référentiels intègrent les objectifs de la politique nationale, aussi bien que d'autres paradigmes tels que ceux issus de la politique de la ville.

Quels sont ces référentiels communs que partagent les acteurs locaux sur la thématique de la nutrition ? Ceux-ci concernent à la fois le diagnostic posé sur le problème de la nutrition et à la fois les solutions à mettre en œuvre pour résoudre ce problème. Pour les acteurs enquêtés la nutrition dépasse le strict domaine médical. Ils tiennent pour acquis que les comportements alimentaires et la pratique d'activité physique sont influencés fortement par l'environnement immédiat et les conditions de vie d'un individu. La nutrition est bien pour eux une thématique multidimensionnelle, qui nécessite de prendre en compte la situation sociale et économique de la personne pour pouvoir l'accompagner vers des comportements favorables à la santé. Certains acteurs ont aussi évoqué le lien entre comportements nutritionnels et santé mentale, soulignant l'importance d'une prise en charge multisectorielle. Le partage de référentiels communs se manifeste aussi par l'usage d'un vocabulaire conceptuel similaire. En ce qui concerne la réponse à apporter aux inégalités de santé, le concept d'universalisme proportionné a été présenté plusieurs fois en entretien. Ainsi, les acteurs du terrain partagent une approche similaire de la nutrition et de la façon dont il faut s'organiser pour construire une politique de prévention efficace. Ceci les conduit à avoir des objectifs semblables.

Même si les communes développent des politiques de prévention hétérogènes, on peut constater la convergence de leurs objectifs et, dans une certaine mesure, de leurs projets. On retrouve des traits communs dans toutes les communes du terrain. Toutes les villes réalisent des actions d'information collectives, soit exclusivement, soit en complément d'interventions en petits groupes ou individualisées, comme Asnières-sur-Seine et Alfortville. Elles souhaitent toutes cibler les enfants et donc se rapprochent de l'Éducation nationale. Les différences se situent dans le degré de proximité entre la municipalité et les établissements scolaires. Ainsi, les municipalités qui disposent d'infirmières scolaires municipales ou d'éducateurs sportifs scolaires municipaux peuvent se rapprocher plus facilement des établissements scolaires. Il en est de même au sujet des professionnels de santé : toutes les villes souhaitent les intégrer dans leurs projets, mais elles n'ont pas toutes les moyens suffisants pour le faire. Par ailleurs la lutte contre les inégalités de santé est un axe essentiel dans toutes les politiques de prévention. Les communes poursuivent donc des objectifs semblables, cependant leur réalisation diffère d'une ville à une autre, notamment au regard de la quantité et du type de ressources mobilisées pour les atteindre.

Ainsi, malgré l'hétérogénéité des politiques nutritionnelles déployées dans chacune des cinq villes étudiées, la mise en œuvre d'actions de prévention en nutrition cohérentes et convergentes est rendue possible par la diffusion de référentiels communs. La labellisation de villes PNNS ou le travail de déclinaison locale de ce programme effectué par les agents des ARS participent de la création et de la diffusion de ces référentiels communs sur la nutrition. L'ARS possède ainsi plusieurs modalités d'action pour mener ce travail de cohérence et de coordination entre les acteurs de la santé publique sur les territoires. La section suivante analyse quatre de ces modalités d'action et la manière dont celles-ci ont été utilisées dans le cadre du déploiement de l'axe 5 du PRS 2.

LES MODALITÉS D'ACTION DE L'ARS POUR LA COORDINATION TERRITORIALE

L'ARS possède donc plusieurs leviers d'action pour renforcer la coordination des actions en santé publique sur le territoire. L'Agence met ainsi à disposition de ces acteurs des ressources telles que des guides d'intervention, des boîtes à outils¹⁷⁸ ou des plateformes d'information, telle que la plateforme Promosanté¹⁷⁹. Au-delà de cette diffusion d'informations, l'ARS dispose d'autres modalités d'animation des réseaux locaux de santé publique, parmi lesquelles : la contractualisation avec des partenaires locaux, le financement des partenaires lors d'appels à projets ou de campagne de financement telle que le FIR, la labellisation de programmes d'action ou encore l'appel à manifestation d'intérêts (AMI) tels que l'AMI SEAD 2. Nous revenons dans les sections suivantes sur chacune de ces modalités d'action et sur la manière dont elles ont été activées dans le cadre du déploiement de l'axe 5 du PRS 2.

La contractualisation — l'exemple des CLS

Instaurés par la loi du 21 juillet 2009 et conçus pour favoriser la mise en œuvre des projets régionaux de santé par les ARS en partenariat avec les acteurs locaux de santé, les contrats locaux de santé (CLS) sont des outils essentiels de mise en réseau. Ces contrats nécessitent un engagement fort de la part des agents des ARS, plus particulièrement de leurs conseillers techniques et des agents en délégations départementales. Ces agents assurent un rôle de « médiation » entre les acteurs d'un réseau qu'il convient tout d'abord de constituer, voire d'enrôler, puis de stabiliser¹⁸⁰. Les CLS reposent sur de la contractualisation pluriannuelle avec les collectivités territoriales. Cette contractualisation s'étale sur 15 à 60 mois et s'additionne aux CLS déjà en cours.

La contractualisation demande un travail important de pédagogie de la part des agents en délégation départementale. Les dispositifs de type contractuel tendent en effet à mobiliser un travail conséquent de persuasion et d'enrôlement des acteurs au sein d'un réseau. Le rôle des agents de l'ARS dans la création et l'animation des CLS est donc capital. Pourtant, les observateurs du monde académique notent une dépossession des moyens mis à disposition de ces agents (financiers, humains ou stratégiques) entraînant une perte de leur pouvoir professionnel et une dévalorisation de leurs activités¹⁸¹. Plusieurs responsables de département PPS en délégations départementales soulignaient ainsi simultanément l'intérêt capital que représentaient pour eux les CLS et le manque de temps pour en assurer un suivi satisfaisant :

¹⁷⁸ On peut citer par exemple la boîte à outils « Urbanisme en santé » à disposition des collectivités et des aménageurs franciliens. Disponible sur le site de l'ARS.

¹⁷⁹ Disponible à l'adresse suivante : <https://www.promosante-idf.fr/>

¹⁸⁰ Honta, M., Haschar-Noé, N., & Salaméro, É. (2018). L'État à l'épreuve de la régulation territoriale. La mise en négociations des contrats locaux de santé. *Négociations*, (1), 143-155.

¹⁸¹ Julhe, S., Honta, M., Haschar-Noé, N., Salaméro, É., Basson, J. C., & Sallé, L. (2021). Les reconfigurations du travail des agents des ARS. Extension de juridiction et perte de pouvoir professionnel. *La nouvelle revue du travail*, (18).

« C'est un outil très intéressant en matière de santé publique donc il y a un enjeu important à les développer, mais il y a un frein énorme qui est notre capacité de portage et les moyens humains que l'agence est capable de mettre dessus. C'est des dispositifs qui sont extrêmement chronophages, pour lesquels on est beaucoup beaucoup sollicités pour de l'accompagnement méthodologique, ça, c'est sûr ; et finalement, assez peu sur de l'accompagnement financier. »¹⁸²

« On a besoin de déployer des énergies folles pour faire vivre ces contrats locaux de santé, pour les encourager, pour les rendre plus transversaux, pour que les collectivités territoriales prennent leur part dans ces contrats locaux de santé. Inscrire un contrat local de santé dans un programme municipal, c'est un an et demi de travail pour que ça arrive devant un Conseil municipal un jour. »¹⁸³

Malgré leurs aspects « extrêmement chronophages », les CLS sont perçus comme des lieux essentiels de socialisation et de formation des acteurs locaux de la santé publique. « C'est l'outil qui nous sauve », « C'est un relai hyper important », assurent ainsi les mêmes responsables des départements PPS interrogés.

Les différents pôles ressources de santé sur les territoires de la région ont été mentionnés à de nombreuses reprises dans nos entretiens comme étant particulièrement utiles aux coordinateurs des CLS. Les réunions transversales organisées par ces pôles ressources permettent de réunir une diversité de professionnels de la santé et du social tout en sollicitant des intervenants extérieurs (souvent des chercheurs) afin de nourrir les débats sur des thématiques de santé précises. Dans le cadre du déploiement des nouvelles thématiques de santé promue par l'axe 5 du PRS 2, les pôles ressources ont aussi constitué de véritables relais pour l'ARS sur les territoires. L'un des membres du groupe de pairs de coordinateurs du CLS 95 et participant par ailleurs d'une démarche d'UFS à la collectivité d'Argenteuil expliquait ainsi avoir commencé à travailler avec des collègues de sa propre municipalité grâce à une rencontre avec le groupe de pairs :

« En 2019, le pôle ressources a invité Fabrique Territoires Santé qui nous a exposé les liens qu'il pouvait y avoir entre l'urbanisme et la santé, et je vois arriver mes collègues politique de la ville, on se dit "tiens tu es là toi aussi" ! »¹⁸⁴

Les CLS et les différentes ressources dont ils disposent sur les territoires, comme ces pôles ressources, permettent de diffuser une vision transverse des différents enjeux de la santé. Ils servent aussi à l'ARS d'un moyen de développer un lien institutionnel avec les collectivités territoriales ou les autres promoteurs de santé publique sur les territoires. Ils constituent en ce sens un maillage de partenaires sur le terrain.

¹⁸² Entretien avec un responsable de département PPS d'une délégation départementale de l'ARS Île-de-France, le 02/07/2021.

¹⁸³ Entretien avec un responsable de département PPS d'une délégation départementale de l'ARS Île-de-France, le 23/07/2021.

¹⁸⁴ Entretien avec un coordinateur du CLS d'Argenteuil, le 11/03/2021.

La réduction des inégalités de santé restant un objectif central des CLS en Île-de-France, seules les communes ayant un IDH-2 inférieur à 0,52 et/ou ayant un QPV sont éligibles à ces contrats. Les CLS touchent ainsi principalement des publics jugés comme « prioritaires » par l'ARS. C'est notamment pour cette raison que les CLS ont été particulièrement sollicités pendant la gestion de la crise de la Covid-19 afin de toucher ces publics en particulier, notamment dans le cadre des campagnes de vaccination.

Du fait de la crise de la Covid-19, de nombreux CLS ont décalé le renouvellement de leur contrat. Ce renouvellement et l'inscription des thématiques de santé publique jugées prioritaires à cette occasion n'ont donc pas pu faire l'objet d'observation de notre part. Il s'agissait pourtant d'un objectif fixé par l'axe 5 du PRS 2, mais impossible donc à évaluer à cause de la crise sanitaire.

De manière générale on note ainsi que la contractualisation permet de renforcer la capacité de régulation de l'ARS et de réguler l'autonomie des autres acteurs de santé sur le territoire. Elle implique la production de données de bilan permettant de réduire l'asymétrie d'information à propos des actions réalisées¹⁸⁵. Avoir un CLS implique en effet de réaliser tous les ans des évaluations des projets effectués. À travers ce dispositif, l'ARS obtient des renseignements sur l'activité des communes en matière de santé publique.

La contractualisation est une modalité d'action de l'ARS qui présente cependant plusieurs défis. Premièrement, elle nécessite un long travail de coordination entre les différentes parties prenantes du contrat, ce qui risque de ralentir l'exécution des projets. En outre, l'engagement n'a pas de valeur juridique et devient caduc lors de potentiels changements de majorité dans les communes¹⁸⁶. L'objectif des contrats est davantage de rassembler des acteurs dispersés autour d'un même projet, plutôt que de les contraindre à respecter des décisions imposées par des échelles de gouvernance régionales ou nationales. Dans un même mouvement, ces instruments régulent et établissent la dynamique partenariale. Ils créent les conditions d'expression de points de vue divergents. La transversalité est leur principe fondateur.

Les coopératives d'acteurs, autre modalité d'action de type contractuel initiée au sein de l'ARS en 2017, ont aussi été encouragées au sein du PRS 2. Ces structures interviennent en complément et en coopération avec les structures déjà existantes sur le territoire, telles que les CLS, sur des thématiques peu ou pas couvertes ou complexes à mettre en œuvre au niveau local¹⁸⁷.

La labellisation — l'exemple de la charte Villes Actives du PNNS

La labellisation des actions de santé publique est jugée positivement par les acteurs enquêtés sur les territoires. Seuls 13 % des 102 représentants interrogés dans des collectivités territoriales

¹⁸⁵ Benamouzig, D., & Pierru, F. (2011). Le professionnel et le système : l'intégration institutionnelle du monde médical. *Sociologie du travail*, 53 (3), 293-348.

¹⁸⁶ Gaudin J-P. (1999). *Gouverner par contrat. L'action publique en question*, Paris, Presses de Sciences, 236 p.

¹⁸⁷ *La Coopérative d'Acteurs en promotion de la santé en Île-de-France*, ARS 2018.

actives en matière de santé publique jugent inutile la diffusion de labels tels que « Villes PNNS » ou « Villes-Santé de l'OMS ». Parmi ceux qui jugent positivement la labellisation de leurs actions en santé publique, les principaux points forts cités de cette modalité d'action sont la capacité des labels à rendre plus visibles les initiatives locales (93 %), à valoriser le territoire (77 %) ou à mettre en relation les acteurs à l'initiative de ces actions (60 %).

Ainsi, au cours des entretiens menés auprès d'acteurs de santé publique sur les territoires, il a été rappelé que les labels les plus pertinents sont ceux qui mettent en relation les membres labellisés par le biais de plateformes de ressources et d'échanges afin que soient diffusées les initiatives efficaces sur les territoires. En outre, l'obtention d'un label donne un surplus de légitimité à l'initiative locale, ce qui renforce la capacité des acteurs municipaux à rassembler les acteurs locaux autour de leur projet ou à mobiliser la classe politique locale dans cette direction.

La modalité d'action de la labellisation permet à l'ARS d'orienter l'action publique locale sans exercer une contrainte directe sur les acteurs la mettant en œuvre. Elle se positionne ainsi dans les pas d'un « État animateur »¹⁸⁸ qui n'entreprend plus lui-même la mise en application de ses décisions, mais qui crée les conditions pour que les acteurs non étatiques s'en chargent. La labellisation constitue en effet un levier d'action pour orienter les opérateurs locaux, de manière souple, vers des options que les acteurs de l'action publique considèrent comme collectivement bénéfiques¹⁸⁹.

Nous développons ici l'exemple de la charte Villes Actives du PNNS, instrument principal par lequel le programme national de nutrition entend promouvoir et orienter le développement d'actions locales de prévention en matière de nutrition. Depuis 2012, ce sont les ARS qui sont chargées de ce dispositif de labellisation des collectivités territoriales actives dans le cadre du PNNS. Ce sont notamment elles qui instruisent les demandes de labellisation émanant des territoires.

La charte des Villes Actives du PNNS est un dispositif par lequel une commune s'engage à réaliser sur son territoire des actions, conformes au PNNS, en faveur de la promotion de la santé. La durée de validité de la charte est de cinq ans renouvelables. Pour adhérer au PNNS, la commune ou la communauté de communes doit adresser une demande auprès du directeur général de l'ARS de sa région. La charte est signée par le ministre des Solidarités et de la Santé, le président de l'Association des maires de France et des présidents d'intercommunalité, le directeur général de l'ARS, ainsi que par le maire de la commune ou le président de la communauté de commune.

En devenant signataire, la commune s'engage à respecter certains critères, dont certains sont assez flous, tel que l'article 1 de la charte des villes actives PNNS qui recommande de « devenir un acteur actif du PNNS en mettant en œuvre et soutenant toute action qui contribue à l'atteinte des objectifs du PNNS et s'attache à lutter contre les inégalités de santé »¹⁹⁰. En ce qui concerne les critères plus précis, la ville accepte de nommer un référent PNNS, de réaliser annuellement un certain nombre d'actions — d'une à quatre actions en fonction de son nombre d'habitants — et d'utiliser

¹⁸⁸ Donzelot J. & Estèbe, P. (1994). *L'État animateur : essai sur la politique de la ville*. Paris : Esprit. 238 p.

¹⁸⁹ Bergeron, H., Castel, P., & Dubuisson-Quellier, S. (2014). *Gouverner par les labels*. *Gouvernement et action publique*, 3 (3), 7-31.

¹⁹⁰ Ministère des Solidarités et de la Santé. *Chartes Villes Actives du PNNS*, 2004, 1 p.

exclusivement les référentiels et les outils fournis par le PNNS dans le cadre de ces actions. Enfin, la commune doit évaluer les actions réalisées et en rendre compte chaque année à son ARS.

Cette charte n'a pas de valeur juridique, sa signature constitue une promesse d'engagement ou de poursuite d'engagement¹⁹¹. De son côté, les équipes du PNNS s'engagent à fournir « le cadre, les outils et les conseils utiles à la mise en œuvre des actions »¹⁹² ainsi qu'à valoriser lesdites actions. Cette valorisation consiste à diffuser sur un site internet les initiatives mises en œuvre par les différentes collectivités, à promouvoir celles considérées comme étant les plus efficaces et à organiser ponctuellement des réunions de réseau.

L'étude de villes franciliennes labellisées PNNS dans le cadre de ce rapport d'évaluation de l'axe 5 du PRS 2¹⁹³ a montré que la modalité d'action de la labellisation n'a pas de fonction d'incitation à la création d'actions de santé publique, mais constitue plutôt un moyen de récompenser et de faire connaître les initiatives locales. La labellisation d'actions préexistantes est aussi un moyen pour les villes de communiquer à leur sujet dans une logique d'attractivité du territoire, notamment auprès des professionnels de santé. L'extrait suivant, issu d'un entretien avec un directeur des Sports et de la Jeunesse d'une ville labellisée PNNS, témoigne de cette dimension :

« Justement, qu'est-ce que ça apporte d'avoir le label ?

Une visibilité politique aussi. C'est très clair. Déjà c'est une reconnaissance, du travail effectué et des volontés politiques de nos élus de mettre en place ce dispositif-là. Je pense, une ville qui est labellisée est aussi attractive, aussi, une certaine attractivité aussi pour nos futurs collaborateurs. Et puis pour nos praticiens. Et puis, une ville qui a des labels c'est une ville qui a une attention particulière. On peut voir des praticiens s'installer dans notre ville, parce qu'il y a effectivement une reconnaissance. »¹⁹⁴

Ainsi, les labels participent à l'attractivité d'un territoire et aux stratégies de marketing territorial portées par les municipalités. Obtenir un label envoie le signal qu'un territoire est dynamique, qu'il entreprend des projets reconnus régionalement ou nationalement comme des projets efficaces et bénéfiques pour la population. Ils témoignent de l'engagement de la municipalité sur certaines thématiques et du sérieux de sa politique, puisque celle-ci est reconnue comme conforme à des critères déterminés par une institution étatique. Enfin, le label apparaît comme une preuve qu'une ville est engagée dans des projets de prévention en santé publique et donc qu'elle a déjà constitué des réseaux d'acteurs capables de porter de nouveaux projets. Investir dans cette ville, et notamment pour les agents de l'ARS, peut alors sembler particulièrement intéressant. Pour les acteurs chargés d'attribuer les financements, les labels sont en effet des « dispositifs de

¹⁹¹ Boubal, C. (2018). Des savoirs sans effet : l'espace controversé de la nutrition. Thèse de doctorat. Institut d'études politiques de Paris.

¹⁹² Ministère des Solidarités et de la Santé. Chartes Villes Actives du PNNS, 2004, 1 p.

¹⁹³ *Contraindre, inciter ou diffuser ? La territorialisation de la politique nutritionnelle : enjeux de gouvernance et de coordination*, Clara Jacquot, 2021, 122 p. Mémoire de fin d'étude, master de recherche en sociologie, Sciences Po Paris.

¹⁹⁴ Entretien avec le directeur des Sports et de la Jeunesse d'une ville labellisée PNNS, le 13/12/2020.

jugement »¹⁹⁵ permettant aux acteurs décisionnaires d'obtenir des informations sur les villes candidates et de réduire l'incertitude quant à leurs capacités à mener à bien des projets en santé publique.

Les raisons qui empêchent les villes actives sur les questions de nutrition de candidater à une labellisation « Villes actives PNNS » relèvent principalement des dispositifs de cette labellisation décrits comme trop complexes ou trop contraignants administrativement. En effet, présenter sa candidature à un label de ce type nécessite de préparer un dossier justifiant des actions de prévention réalisées dans la ville. Or, l'évaluation de projets ou d'actions entreprises est un travail nécessitant à la fois du temps et de l'expertise pour les équipes municipales, ce dont ne peuvent se permettre les villes disposant de moins de ressources pour la santé publique.

Le manque de clarté actuel autour du label des villes actives PNNS est un autre élément qui permet d'expliquer la prise de distance des acteurs locaux vis-à-vis de ce dispositif. Clara Jacquot qui a étudié le déploiement de ce label dans cinq villes en Île-de-France relate ainsi : « Parmi tous les dispositifs nationaux, la "Charte des Villes Actives du PNNS" est celui qui paraît le plus flou, au moins en ce qui concerne l'Île-de-France. J'ai rencontré des acteurs qui, au sein d'une même ville, m'ont dit que leur ville était adhérente au PNNS et d'autres qui m'ont dit qu'elle ne l'avait jamais été. J'ai aussi fait plusieurs entretiens au cours desquels les acteurs ne connaissaient pas l'existence de ce dispositif. Au niveau régional et national, j'ai appris qu'aucune ville n'était signataire actuellement en Île-de-France. Certains acteurs m'ont dit que c'était parce qu'il était impossible de renouveler la charte, du fait du changement de ministre de la Santé et de l'attente que le nouveau ministre signe la charte. D'autres m'ont dit que cette information était erronée, qu'il était tout à fait possible d'adhérer au PNNS, même avec la signature de l'ancienne ministre de la Santé. Pour ces acteurs, la réponse est à chercher du côté de la volonté des ARS de faire adhérer ou non les villes. Cette situation complexifie l'usage de ce dispositif pour les acteurs locaux et renforce leur prise de distance vis-à-vis des instruments officiels. »¹⁹⁶. Le travail de labellisation ne saurait ainsi se limiter à l'attribution ponctuelle de label. Cette modalité d'action nécessite de faire vivre après l'action de labellisation, un réseau d'acteurs et une dynamique interne.

Les appels à projets

L'action de santé publique des délégations départementales de l'ARS repose aussi sur un mode de financement des collectivités territoriales et des associations par « appels à projets ». Il s'agit d'encourager ou d'inciter les acteurs sur les territoires à se saisir des enjeux de santé publique, dans un cadre prédéfini par l'ARS. Les collectivités territoriales ou associations rédigent ainsi un dossier de candidature pour répondre à ces appels, puis sont sélectionnées ou non selon la conformité et la pertinence du projet proposé. Cette sélection permet aux collectivités territoriales d'obtenir un

¹⁹⁵ Karpik, L. (2013). Réalité marchande et réputation. *Communications*, (2), 121-129.

¹⁹⁶ *Contraindre, inciter ou diffuser ? La territorialisation de la politique nutritionnelle : enjeux de gouvernance et de coordination*, Clara Jacquot, 2021, p. 83.

label, un financement, ou encore un accompagnement technique. Ce modèle d'appels à projets requiert de l'expérience et de l'expertise de la part des agents pour traduire les projets de leur collectivité territoriale ou de leur structure en candidature, et ce dans le cadre d'une procédure précise et standardisée.

L'analyse statistique de l'action en matière de santé publique de 102 collectivités territoriales en région Île-de-France montre que les collectivités les plus grandes et celles comptant le plus de QPV apparaissent davantage au fait de ce système d'appels à projets¹⁹⁷. Au niveau des QPV, 19 % des collectivités comptant des quartiers prioritaires de la ville sont labellisées dans le champ de la santé publique, alors qu'elles ne sont que 3 % à l'être pour les autres. Elles ont par ailleurs une meilleure connaissance des labels existants en matière de santé publique. Au niveau de la taille de la commune, 36 % des communes de plus de 50 000 habitants sont labellisées dans les champs de la santé publique, quand cela ne représente que 10 % dans les communes entre 20 000 et 50 000 habitants, et 3 % pour les communes en dessous de 20 000 habitants. Ces résultats statistiques sont confirmés par les entretiens qualitatifs que nous avons menés auprès des agents de l'ARS. Des agents en délégation départementale chargés de mission sur les questions de nutrition expliquaient ainsi :

« Le souci qu'on a globalement, pas que sur ce sujet [de la nutrition], mais sur tous les sujets, c'est que c'est les plus grandes villes qui raflent les financements, qui ont les équipes dédiées, qui ont les équipes compétentes et les autres n'ont pas tout ça. [...] Cette logique de programmation financière fait que c'est ceux qui ont déjà le plus de moyens qui vont faire des demandes. Donc on tourne en rond là-dessus et en plus, on est embolisé par des appels à projets sans arrêt, sans arrêt. »¹⁹⁸

« Le concept d'appel à projets, c'est quelque chose qui est très présent au niveau du volet santé publique sur tous les sujets, dont les sujets sport santé et qui se superposent en plus de tout ce qu'on doit faire au quotidien, notamment donc du volet programmation financière. Et typiquement ce qui est un petit peu dur, ce que je trouve moi sur la programmation financière, c'est que c'est très lourd administrativement à mettre en place pour nous déjà, mais surtout pour les promoteurs. Donc c'est les plus aguerris, ceux qui sont mieux dotés en fait en équipes administratives au sein de leur asso ou autre, qui peuvent se prévaloir de candidater sans aucun problème. De fait, par cette organisation administrative, on écarte très facilement des porteurs. »¹⁹⁹

Par ailleurs, si ce système d'appels à projets permet d'obtenir des financements pour certaines activités de santé publique, il met aussi en compétition les collectivités territoriales pour la répartition

¹⁹⁷ *Promouvoir la santé publique : Contribution à l'évaluation du Projet Régional de Santé 2018-2022 de l'ARS Île-de-France*, 2021, rapport final d'étudiants Master Stratégies Territoriales et Urbaines de l'école d'urbanisme de Sciences Po Paris, 119p.

¹⁹⁸ Entretien avec un chargé de mission « nutrition » d'une délégation départementale de l'ARS d'Île-de-France, le 28/10/2021

¹⁹⁹ Entretien avec un chargé de mission « nutrition » d'une délégation départementale de l'ARS d'Île-de-France, le 18/10/2021

des fonds publics en matière de santé sur les territoires²⁰⁰. Cette logique d'appels à projets repose ainsi l'amointrissement et l'instabilité des ressources disponibles dans les collectivités territoriales pour couvrir les champs de la santé publique²⁰¹. Par ailleurs, le principe de sélection de certaines collectivités territoriales s'oppose au principe de diffusion généralisée de la santé dans toutes les politiques publiques. De manière générale, il apparaît que les actions en prévention-santé des communes dépendent de plus en plus des financements par appels à projets, tandis que les enveloppes budgétaires sont plutôt à la baisse.

Toutefois, les enquêtés signalent quelques points positifs de ces appels à projets, ils permettent notamment de cibler et d'orienter les financements, mais aussi de diffuser une culture commune sur de nouvelles orientations de santé publique. Il a été en effet montré dans le cadre de la mise en œuvre d'un plan « sport, santé, bien-être » en région Nouvelle-Aquitaine que l'outil des appels à projets pouvait être un levier non seulement pour le déploiement du plan en lui-même, mais aussi pour promouvoir et stabiliser des partenariats entre acteurs aux intérêts divergents et répondants de tutelles différentes²⁰².

À l'ARS, lors des entretiens que nous avons menés, certains directeurs de délégations départementales ont insisté pour rappeler que la campagne de financement du Fonds d'intervention régional (FIR) ne constituait pas un appel à projets sur les territoires, mais une « *campagne budgétaire* »²⁰³. Un responsable de département PPS nuançait cependant : « *bon, on a toujours appelé ça appel à projets. Effectivement, bon, on peut l'appeler autrement* »²⁰⁴. Si les projets émanant des territoires sont financés au fil de l'eau via ce fonds d'intervention régional, les modalités d'action de ces financements sont cependant très proches des appels à projets classiques. Plusieurs chargés de mission sur la thématique « nutrition » interrogés en délégation départementale nous ont fait part en entretien de l'omniprésence dans leur travail de la gestion de ces appels à projets. L'un d'entre eux résumait ainsi : « *On n'arrive plus à travailler parce qu'on est en permanence là-dessus et qu'on ne sort plus la tête de l'eau, et on est en permanence sur ces appels à projets. Donc, il faut que ça s'arrête à un moment donné et qu'on... voilà, qu'on réfléchisse* »²⁰⁵. Un autre mentionnait le caractère vain, selon lui, de ces appels à projets :

« On peut augmenter, on peut doubler, tripler [les appels à projets] [...]. on peut passer notre vie à ça, on ne répondra jamais aux besoins. Donc, il faut à un moment donné arrêter de vouloir financer à tout prix. Il faut par contre parler différemment de mon point de vue et... bon, il faut financer et il faut juste penser ce qui est le

²⁰⁰ Epstein, R. (2013). Politiques territoriales : Ce que les appels à projets font aux démarches de projet. *La Revue Tocqueville*, 34 (2), 91-102.

²⁰¹ Breton, É. (2014). Répondre à l'appel (à projets). *Politix*, 1, 213-232.

²⁰² Illivi, F., & Honta, M. (2019). La mise en œuvre du plan « Sport, Santé, Bien-être » en région. *Santé Publique*, 31 (4), 475-484.

²⁰³ Entretien avec un directeur d'une délégation départementale de l'ARS d'Île-de-France, le 28/10/2021

²⁰⁴ Entretien avec un responsable de département PPS dans une délégation départementale de l'ARS d'Île-de-France, le 28/10/2021.

²⁰⁵ Entretien avec un chargé de mission « nutrition » d'une délégation départementale de l'ARS d'Île-de-France, le 28/10/2021.

plus pertinent en termes de stratégie pour avancer. Et ça, ce n'est pas toujours pensé à mon avis à l'agence. [...] Donc il faut aussi penser en dehors du financement sur comment on avance sur ces questions-là en dehors du financement. Ça, ça me paraît fondamental du coup. »²⁰⁶

On constate ainsi une certaine lassitude de la part des chargés de mission en délégation départementale de l'ARS vis-à-vis de cette modalité d'action des appels à projets, qui par ailleurs est aussi critiquée sur les territoires pour ne financer finalement que quelques acteurs récurrents et parmi les mieux dotés.

Les appels à manifestation — l'exemple des AMI SEAD

L'appel à manifestation d'intérêt « Santé, Environnement Habitat Durable » (AMI SEAD 2) a été déployé dans le cadre de la mise en œuvre du PRS 2 afin de « poursuivre la construction d'une communauté grandissante d'acteurs intéressés par l'urbanisme favorable à la santé »²⁰⁷ en région Île-de-France. Un premier AMI avait en effet été mené entre 2016 et 2018 auprès des territoires de la région. Lors de cette édition, quinze projets avaient été techniquement accompagnés et six d'entre eux avaient reçu un financement pour des démarches d'EIS, d'UFS ou de concertation innovante. L'AMI SEAD 2 visait à prolonger cette dynamique en faisant progresser « les pratiques des collectivités et aménageurs publics et privés afin de rendre plus opérationnels leurs engagements en faveur de la santé et de l'environnement, en tenant compte des impératifs de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé »²⁰⁸.

Ce second AMI proposait trois types d'accompagnement pour les 12 projets retenus : les lauréats du niveau 1 « initiation » ont été soutenus techniquement et/ou financièrement dans l'organisation de sessions dites d'acculturation et de formation. Les lauréats de niveau 2 et 3 ont été accompagnés financièrement et/ou techniquement pour mener des études approfondies. En principe, la participation de la démarche d'EIS ou d'UFS peut atteindre 70 % du coût de la prestation. La ville de Paris est la seule lauréate concernée par le niveau 3 d'approfondissement, elle a été accompagnée dans la mise en œuvre des recommandations.

Une première approche d'évaluation de ces appels à manifestation d'intérêt a été menée via l'enquête *Promouvoir la santé publique*²⁰⁹ au sein de notre consortium d'évaluation de l'axe 5 du PRS 2. Nous livrons les principales conclusions de cette enquête.

²⁰⁶ Entretien avec un chargé de mission « nutrition » d'une délégation départementale de l'ARS d'Île-de-France, le 27/10/2021.

²⁰⁷ Appel à manifestation d'intérêt Santé, Environnement Aménagement durable 2, ARS Île-de-France, janvier 2019, 12 p.

²⁰⁸ *Ibid.*

²⁰⁹ *Promouvoir la santé publique : Contribution à l'évaluation du Projet Régional de Santé 2018-2022 de l'ARS Île-de-France*, 2021, rapport final d'étudiants Master Stratégies Territoriales et Urbaines de l'école d'urbanisme de Sciences Po Paris, 119p.

Les entretiens réalisés à ce sujet soulignent que malgré l'aide qu'ont pu recevoir les collectivités territoriales lauréates des AMI SEAD, le manque d'acculturation des équipes municipales sur les questions liant santé et urbanisme a fortement nuí aux projets d'UFS. Un chargé de développement à la Fabrique Territoires Santé expliquait ainsi que malgré l'intérêt émergent pour ces questions, la coopération entre services faisait encore largement défaut pour l'intégration de la santé dans l'urbanisme. Il constatait ainsi qu'au fur et à mesure de leur déroulement les projets perdaient de vue la dimension de la santé, les services de l'urbanisme étant mis en difficulté par la quantité et le degré de précision des recommandations émises :

« Pour certains projets, tous les services d'une collectivité comme la santé, l'éducation, l'égalité femmes/hommes, etc., vont faire leur liste de recommandations pour le secteur de l'urbanisme. Parfois ce sont des listes très précises, mais parfois ce sont des recommandations très vastes. Les acteurs en charge du projet se retrouvent avec beaucoup d'indications, qui ne sont pas forcément faciles à mettre en place, qui s'ajoutent à toutes les contraintes d'un projet urbain. Ça part d'une bonne volonté, mais c'est contre-productif, il faut un maillon qui coordonne le tout. Aussi, souvent, on s'attarde plus sur les techniques du bâti comme sur la question du double vitrage pour des logements de meilleure qualité, mais pas sur la façon d'aménager. »²¹⁰

Le directeur d'un projet cœur de ville d'une collectivité lauréate de l'AMI SEAD 2 faisait également part de la difficulté que représentait en interne la concrétisation de la démarche d'UFS.

« Leur volonté était que la santé soit partout [...] ce n'est pas pour nous dédouaner, mais il y a deux ans, le projet cœur de ville n'était pas construit, il fallait lui donner du corps et de la cohérence, tout cela dans un contexte préélectoral, et nous notre projet cœur de ville est fortement impacté par la mobilité — qui a un lien avec la santé quelque part —, puisque l'on a un pôle gare au centre du quartier. Traiter tous les autres axes était déjà très compliqué et l'on n'était peut-être pas suffisamment mûrs dans notre projet pour prendre du recul et intégrer cette notion de santé partout, pour moi, c'est une question de maturité. »²¹¹

On voit ainsi que la question de l'acculturation est centrale et que dans cette collectivité l'intégration de la santé dans le projet d'aménagement exigeait un travail de sensibilisation en amont de tous les acteurs des services potentiellement concernés, comme ici celui des mobilités. Par ailleurs, à l'exception de quelques collectivités, dont la ville de Paris, la majorité des collectivités dépendent de bureaux d'études pour mener ces démarches d'UFS ou d'EIS. Certains points négatifs ont émergé de ces prestations de services comme le « jargon »²¹² utilisé par ces bureaux d'études jugé non adapté aux élus et aux habitants des quartiers visés ou la faible opérationnalité des

²¹⁰ Entretien avec un chargé de développement à la Fabrique Territoires Santé, le 16/12/2020.

²¹¹ Entretien avec le directeur du Projet cœur de ville d'une collectivité lauréate de l'AMI SEAD 2, le 12/02/2021.

²¹² Entretien avec le chargé de projet en charge du renouvellement urbain dans une commune lauréate de l'AMI SEAD 2, le 12/02/2021.

recommandations élaborées. Un chargé de projet dans le service de santé environnementale de la ville de Paris expliquait ainsi : « *Au niveau des bureaux d'études, je ne sais pas quels sont les freins qu'ils rencontrent, mais c'est vrai que nous on a [du] travailler au niveau technique les recommandations, pour qu'elles soient vraiment réalisables, techniquement possibles et que les pilotes puissent se les approprier et les mettre en œuvre* »²¹³. Enfin, pour les collectivités territoriales qui emploient des bureaux d'études, la phase de mise en œuvre des recommandations est d'autant plus difficile que ces dernières ont rarement la possibilité de financer cette étape. Pour ce qui est des collectivités du premier AMI SEAD, un chargé de projet d'une collectivité territoriale lauréate de l'appel à manifestation d'intérêt soulignait ce point : « *le service santé qui demande souvent l'EIS se retrouve embêté à ne pas savoir quoi faire de ces recommandations, comment les mettre en œuvre, et la mission du prestataire est finie, ils se retrouvent avec des recommandations et ils sont un petit peu bloqués* »²¹⁴.

La mise en œuvre des recommandations présente aussi un certain nombre de difficultés puisqu'elle ne possède pas de caractère obligatoire ou contractuel. Un chargé de projet du Service parisien de santé environnementale, seule collectivité lauréate de niveau 3 de l'AMI SEAD 2 soulignait l'avantage d'une équipe en interne pour le suivi des recommandations :

*« En étant de la Ville, on a vraiment été associés en amont du projet, on avait accès à tous les acteurs, donc on a quand même eu neuf mois de travail de sensibilisation, d'échanges, de rencontres avec les directions et ce qui fait que certaines recommandations ont pu tout de suite être intégrées dans le projet urbain, donc ce sont des recommandations qui étaient mises en place tout de suite dès qu'on a commencé à en parler en phase de programmation. Après, les recommandations que l'on a pu faire, il y a des recommandations dont les pilotes vont être les directions de la Ville de Paris, là on a un peu plus de facilité à suivre, même si on n'a pas de pouvoir hiérarchique sur les directions, mais un suivi peut être fait. »*²¹⁵

En dépit des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de projets UFS accompagnés, les entretiens menés soulignent aussi un certain nombre d'aspects positifs des AMI SEAD 1 et 2. Ainsi, le chargé de projet en charge du renouvellement urbain dans une commune lauréate de l'AMI SEAD 2, suggérerait qu'avant même l'enclenchement de la démarche, la candidature à l'AMI et la préparation qu'elle implique constituaient déjà un levier d'acculturation au sein des services municipaux précédant une prise en compte accrue des enjeux de santé dans l'urbanisme :

« L'AMI SEAD, c'est vraiment le point de départ de la démarche, on a travaillé sur toutes les programmations : équipements, aménagement, habitat, économie et environnement. À la fin de cette phase de programmation, ce sont des études qui ont duré quand même pendant trois - quatre ans, quand on a su que cet AMI SEAD porté par l'ARS et l'ADEME sortait, on s'est dit qu'il fallait y participer pour

²¹³ Entretien avec un chargé de projet dans le Service parisien de santé environnementale de la ville de Paris, collectivité lauréate de niveau 3 de l'AMI SEAD 2, le 11/12/2020.

²¹⁴ *Ibid.*

²¹⁵ *Ibid.*

bénéficier d'un autre regard avec le prisme de la santé. À titre personnel, je ne suis pas pour les AMI et les appels à projets, car c'est très consommateur en temps, ce sont des gros dossiers à monter. Mais bon, en croisant toutes les études [de programmation] qu'on a faites avant, plus celles de l'ARS et de l'ADEME, on a vraiment une approche complète. Rédiger la candidature pour l'AMI a vraiment été utile pour se mettre dedans, comprendre quelles sont nos attentes en tant que collectivité et quels sont les outils pour mieux prendre en compte la santé. »²¹⁶

La participation aux AMI SEAD des collectivités territoriales d'Île-de-France a aussi permis de sensibiliser un certain nombre d'élus sur la façon dont la santé pouvait orienter les projets d'aménagement : *« Toutes les réflexions sur la santé, l'impact de l'urbanisme sur la santé, le vieillissement ont permis d'amener les élus à souhaiter que demain, le projet soit démonstrateur de bonnes pratiques en faveur de la santé. C'est déjà une étape de passée qui est très importante, pour aller plus loin opérationnellement »²¹⁷.*

Ainsi, si la concrétisation des projets d'UFS des collectivités territoriales lauréates des AMI SEAD présente de nombreuses difficultés comme évoqué plus haut, plusieurs agents enquêtés soulignent l'intérêt de ce travail pour les démarches futures d'aménagement. Le directeur d'un projet cœur de ville d'une collectivité lauréate de l'AMI SEAD 2 expliquait ainsi :

« Je ne sais pas si on sera vraiment dans l'UFS très poussé, mais en tout cas il y a la volonté d'intégrer la santé dans toutes les réflexions et de prendre ce prisme dans nos projets [...]. Si l'on "édite" des règles pour les constructions du centre-ville ; on les appliquera aussi dans le nouveau programme de rénovation urbaine au sud. Cela ne m'étonnerait pas : connaissant le maire, lui n'aime pas avoir des prismes trop petits et quand il y a quelque chose, il n'aime pas que cela soit limité à un territoire, à un projet [...], cela va se diffuser. »²¹⁸

De même, le chargé de mission EIS au siège de l'ARS constatait que les appels à manifestation d'intérêt permettaient de sensibiliser les aménageurs à une prise en compte de la santé dans leurs projets, et ce, même en dehors des démarches d'accompagnement de l'ARS.

« Aujourd'hui, par exemple, Espaces ferroviaires qui est l'aménageur de la SNCF et qui a mené une EIS grâce à notre soutien, que ce soit méthodologique ou financier, ils sont en train de mener leur deuxième EIS à Paris 12, de manière autonome, sans financement. Ils m'ont simplement demandé d'assister au COPIL,

²¹⁶ Entretien avec le chargé de projet en charge du renouvellement urbain dans une commune lauréate de l'AMI SEAD 2, le 12/02/2021.

²¹⁷ Entretien avec le chargé de projet en charge du renouvellement urbain dans une commune lauréate de l'AMI SEAD 2, le 12/02/2021.

²¹⁸ Entretien avec le directeur du Projet cœur de ville d'une collectivité lauréate de l'AMI SEAD 2, le 12/02/2021.

donc c'était avec plaisir que je l'ai fait, ça fait partie de ma mission. Mais tout ça pour montrer que ça fait son chemin. »²¹⁹

Ces extraits d'entretien confirment ainsi l'utilité des AMI SEAD vis-à-vis de la sensibilisation des élus, des services des collectivités territoriales et des aménageurs aux enjeux croisés de la santé publique et de l'aménagement urbain. Ils suggèrent également que ce type d'appel à manifestation d'intérêt peut permettre l'intégration de l'urbanisme favorable à la santé dans le répertoire d'actions des collectivités ou des entreprises. Enfin, le soutien financier proposé dans le cadre des AMI SEAD est également souligné par les acteurs inscrits dans cette démarche comme un élément fondamental de leur participation. L'un d'eux exprimait ainsi : « *les financements en ingénierie, c'est vraiment la seule plus-value de la nomination* »²²⁰.

L'AMI SEAD a donc permis à certaines équipes de collectivités territoriales d'enclencher des dynamiques internes sur la prise en comptes des enjeux de santé dans les démarches d'urbanisme, et ce, juste par la présentation d'une candidature à l'appel à manifestation d'intérêt. Cependant on peut aussi remarquer que la diffusion des deux appels à manifestation d'intérêt n'aura pas permis une diffusion globale de cette nouvelle thématique de l'urbanisme favorable à la santé à l'échelle de l'ensemble des territoires d'Île-de-France. En effet, parmi les collectivités territoriales ayant répondu à notre questionnaire²²¹ et figurant parmi les collectivités territoriales les plus actives en région en matière de santé publique, 55 % d'entre elles disent ne pas connaître cette démarche d'UFS comme le montre le tableau suivant :

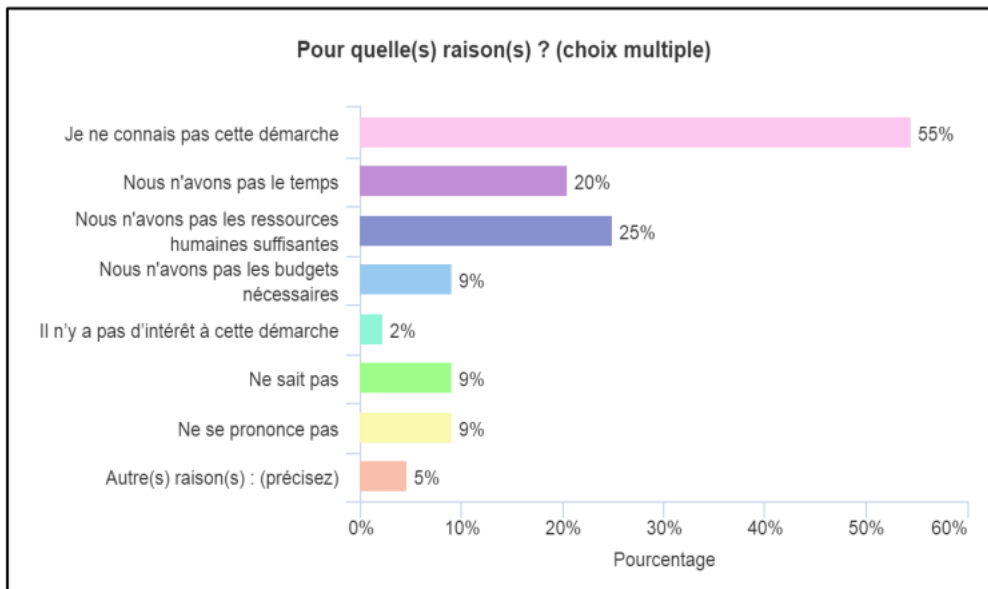


Figure SEQ Figure * ARABIC 9. Réponses des collectivités territoriales interrogées à la question « Pour quelles raisons n'avez-vous pas initié une démarche d'UFS ? » (N=60).

Source : Promouvoir la santé publique, 2021, Master Stratégies Territoriales et Urbaines de l'école d'urbanisme de Sciences Po Paris 110p.

²¹⁹ Entretien avec le chargé de mission EIS à la direction générale de la santé publique au siège de l'ARS Île-de-France, le 25/08/2021.

²²⁰ Entretien avec le chargé de projet en charge du renouvellement urbain dans une commune lauréate de l'AMI SEAD 2, le 12/02/2021.

²²¹ *Promouvoir la santé publique : Contribution à l'évaluation du Projet Régional de Santé 2018-2022 de l'ARS Île-de-France, 2021, rapport final d'étudiants Master Stratégies Territoriales et Urbaines de l'école d'urbanisme de Sciences Po Paris, 119p.*

CONCLUSION : L'ARS ACTEUR CAPITAL DES RÉSEAUX LOCAUX DE SANTÉ PUBLIQUE

Les passerelles créées entre professionnels de santé, acteurs locaux et institutions publiques sont les garantes de parcours de santé complets et efficaces. Ces passerelles permettent à la population de passer d'un professionnel à un autre de manière avertie et autonome. Elles assurent aussi le lien entre offre et prévention/promotion de la santé. Pour obtenir ces multiples passerelles qui jalonnent les parcours de santé des individus, les acteurs locaux de santé doivent être informés de l'ensemble des programmes en cours, des structures d'accueil sur le territoire et des types de professionnels présents localement. Cette connaissance leur permet d'orienter les personnes auxquels ils ont affaire vers la prochaine étape de leur suivi ou vers un suivi parallèle complémentaire. D'après l'analyse approfondie du fonctionnement des réseaux de santé dans quatre communes d'Île-de-France, il apparaît que la mise en œuvre de passerelles efficaces et nombreuses est principalement le fait du bouche-à-oreille entre acteurs locaux de santé²²².

Ces passerelles qu'elles soient formelles ou informelles sont ainsi les garantes d'une action en santé publique pérenne et efficace. Nous avons en effet montré dans cette partie que le degré de développement et la stabilité des réseaux locaux de santé sont des critères centraux pour évaluer la continuité et l'efficacité des actions menées en termes de santé publique. Les communes qui construisent leurs politiques de santé publique sur création et la consolidation de tels réseaux d'acteurs mènent en effet une action publique en la matière plus efficace et plus résiliente que celles qui optent pour un développement par projets. L'ARS et ses délégations départementales jouent un rôle capital dans la création et dans l'animation de ces réseaux locaux de santé publique. Rôle par ailleurs reconnu et apprécié par les acteurs territoriaux enquêtés.

L'un des maillons essentiels des réseaux de santé publique sur le territoire d'Île-de-France sont les collectivités territoriales, partenaires privilégiées des agents des délégations départementales de l'ARS. Afin de renforcer les partenariats avec les collectivités territoriales franciliennes, il convient de connaître les ressorts de leur mobilisation en matière d'action publique sur la santé. Plusieurs rapports établis dans le cadre de cette évaluation de l'axe 5 du PRS 2 ont mis à jour certaines variables explicatives concernant l'élaboration de politiques locales en matière de santé publique, et ce en particulier sur les enjeux thématiques de l'alimentation, de la promotion de l'activité physique et de l'urbanisme favorable à la santé, thématiques importantes dans l'axe 5 du PRS 2. De ce travail, plusieurs résultats de recherche se dégagent :

- Les actions de promotion de la santé et de prévention seraient davantage développées par les communes ayant historiquement investies les questions sociales et sanitaires de protection des populations, c'est-à-dire les communes majoritairement à gauche politiquement.

²²² *Les politiques locales de santé*, 2020, rapport final d'étudiants du Master Stratégies Territoriales et Urbaines de l'école d'urbanisme de Sciences Po Paris, 70p.

- Les « nouvelles » communes investissant les questions de santé publique le font davantage sur les « nouvelles » thématiques telles que l'urbanisme favorable à la santé ou la diminution des pollutions environnementales.
- Toutes les collectivités territoriales accordent une grande importance à la dynamique partenariale. La majorité des collectivités territoriales enquêtées reconnaissent le rôle capital de l'ARS dans l'animation de cette dynamique partenariale.
- Les politiques territoriales de santé publique fondées sur l'animation des réseaux locaux de santé sont non seulement plus efficaces, mais également plus résilientes que les politiques reposant sur des réponses à des appels à projets.
- Plus une équipe municipale va être dotée en moyens humains et financiers pour animer les politiques de santé publique, plus elle sera à même de capter de nouvelles ressources via des appels à projets. Cette modalité de financement des acteurs de la santé publique renforce les capacités des collectivités déjà actives au détriment de collectivités moins dotées en la matière.

De manière générale, en région Île-de-France les collectivités territoriales s'emparent de manière très disparate des sujets liées à la santé publique, que cela soit en termes d'activités menées ou non²²³ ou s'agissant de la nature de ces activités (moyens mis en œuvre, nature des solutions apportées, etc.)²²⁴. Cependant, on observe aussi des éléments convergents au sein de ces politiques territoriales comme la problématisation effectuée des problèmes de santé publique et les solutions préconisées pour y remédier. Cette convergence existe grâce à la diffusion de référentiels communs, qui permettent aux différents acteurs de partager un vocabulaire, des concepts communs et des représentations communes de la problématique et des moyens les plus adaptés pour y répondre. Cette diffusion de référentiels communs s'opère dans de multiples espaces d'interactions en partie animés par les agents de l'ARS, tels que les réunions de CLS, les formations gratuites, les campagnes de financement ou les temps d'évaluation des programmes mis en œuvre. L'ARS possède ainsi plusieurs modalités d'action pour mener ce travail de cohérence et de coordination entre les acteurs de la santé publique sur les territoires. Nous en avons analysé quatre dans cette partie : la contractualisation avec des partenaires locaux (exemple développé des CLS), le financement des partenaires par appels à projets, la labellisation de programmes d'actions (exemple développé de la charte Villes Actives du PNNS) et l'appel à manifestation d'intérêts (exemple développé des AMI SEAD).

²²³ *Promouvoir la santé publique : Contribution à l'évaluation du Projet Régional de Santé 2018-2022 de l'ARS Île-de-France*, 2021, rapport final d'étudiants Master Stratégies Territoriales et Urbaines de l'école d'urbanisme de Sciences Po Paris, 119p.

²²⁴ *Les politiques locales de santé*, 2020, rapport final d'étudiants du Master Stratégies Territoriales et Urbaines de l'école d'urbanisme de Science Po Paris, 70p.

PARTIE 4

LES FAIBLES CRÉDITS DE LA SANTÉ PUBLIQUE À L'ARS

Comme rappelé en introduction, cet exercice d'évaluation de l'axe 5 du PRS 2 n'a pas porté sur un diagnostic de l'organisation interne de l'ARS en matière de santé publique, mais bien sur la diffusion et la mise en œuvre des caps stratégiques retenus dans cet axe 5. Nous avons à ce titre traité dans les parties précédentes des enjeux de diffusion de nouvelles thématiques de santé et de la consolidation d'un réseau d'acteurs locaux en santé publique. La troisième orientation stratégique de l'axe 5 du PRS 2 est celle du renforcement des capacités internes de l'ARS concernant les actions de plaidoyers et de diffusion des enjeux de santé publique au sein de l'Agence. À ce titre, une partie de notre travail d'évaluation a porté sur la place de la santé publique au sein de l'Agence et sur le renforcement ou l'absence de renforcement de cette place suite au déploiement de l'axe 5 du PRS 2.

Il faut par ailleurs rappeler que les actions menées par les agents de l'ARS au siège ou en délégation départementale dépendent fortement de l'organisation de celle-ci en interne. En conséquence, il semble périlleux de cloisonner d'une part l'évaluation des actions de l'Agence et d'autre part l'organisation du travail et des connaissances qui permet à ses agents de mettre en place ces dites actions. La rédaction de l'axe 5 du PRS 2, portant notamment sur ces enjeux organisationnels et sur les capacités internes en matière de santé publique, semble valider cette proposition que nous avons donc retenue au sein de ce rapport.

Pour dresser dans cette partie une évaluation de la troisième et dernière orientation stratégique de l'axe 5 du PRS 2, nous nous sommes donc intéressés à la capacité de l'ARS à sensibiliser aux enjeux de santé publique ces agents en interne. Nous présentons dans un second temps les réponses apportées à la crise de la Covid-19 en termes d'organisation interne de l'Agence, en tant que révélatrices (bien qu'ambiguës) de la place accordée à la santé publique au sein de l'ARS.

LA SANTÉ PUBLIQUE À L'ARS

Une reconnaissance des déterminants sociaux de la santé

Il existe une reconnaissance scientifique, politique et institutionnelle des déterminants sociaux et environnementaux comme principaux leviers d'amélioration de l'état de santé des populations et de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Nous présentons brièvement dans les paragraphes qui suivent ces différents types de reconnaissance, dans lesquels s'ancre pleinement la création des ARS.

En santé, l'affirmation de la catégorie « risque » s'est affirmée avec le développement du paradigme épidémiologique²²⁵. L'épidémiologie est une discipline scientifique qui étudie la fréquence, la distribution et les principaux déterminants des maladies dans la population. Au cœur du paradigme épidémiologique, la notion de facteurs de risques (celui de contracter une maladie) va de pair avec celle des stratégies préventives qui entendent lutter contre les déterminants de ces maladies devenues combattables avant leur arrivée. Ce tandem est au centre de la définition même de la santé publique, que l'OMS caractérisait en 1952 comme « la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé physique et mentale à un niveau individuel et collectif ». L'action publique en santé publique a ainsi pour but de prévenir des maladies devenues « évitables », car prédictibles en fonction du mode de vie et de l'environnement des populations.

Un article de Didier Fassin revient en particulier sur la « naissance de la santé publique » et la montée en puissance des savoirs épidémiologiques dans la médecine²²⁶. Le sociologue étudie le traitement entre 1987 et 1989 de cas de saturnisme infantile à Paris dans une revue de pédiatrie. L'un fait état de cas cliniques d'enfants atteints de saturnisme, l'autre est un rapport de santé publique constitué d'un ensemble d'enquêtes par lesquelles se trouvent établies les preuves d'une épidémie de saturnisme en région parisienne. L'auteur explique qu'« entre ces deux articles, la médecine est ainsi sortie de l'hôpital, elle a commencé à dépister l'intoxication en dehors de toute symptomatologie, elle a découvert les conditions de vie de ses jeunes patients, elle a compris que traiter le saturnisme c'était traiter l'habitat »²²⁷. La « naissance » de ce problème sanitaire est aussi celle de la reconnaissance progressive du problème public de l'habitat insalubre qui aboutira dix ans plus tard à son inscription dans la loi de prévention des exclusions.

Les études sur la santé publique, tout comme le développement de la biomédecine ou les stratégies scientifiques et commerciales des firmes privées, ont ainsi contribué à la mise sur l'agenda politique des déterminants sociaux et environnementaux de la santé des populations²²⁸.

Jusqu'aux années 1970, la santé publique connaît en France une difficile institutionnalisation, et ce, en dépit de son héritage constitué du développement de la médecine sociale, des politiques hygiénistes ou des découvertes pastoriennes. Le modèle de santé promu par les autorités publiques est alors un modèle de santé principalement curatif²²⁹. Cette situation perdure encore aujourd'hui puisque comme le rappelle un sociologue de la santé : « quand on évoque le périmètre des politiques de santé, il est convenu de constater que ce sont le traitement curatif des pathologies et les institutions sanitaires qui se sont octroyé “la part du lion” en France »²³⁰.

²²⁵ Gaudillière, J.P. (2006). La médecine et les sciences : XIXe — XXe siècles. Collection Repères Histoire 465. Paris, Éd. La Découverte.

²²⁶ Fassin, D. (2003). Naissance de la santé publique. *Genèses*, (4), 139-153.

²²⁷ Fassin, D. (2003). Naissance de la santé publique. *Genèses*, (4), p.152-153.

²²⁸ Bergeron, H. & Castel P. (2018). *Sociologie politique de la santé*. Paris, PUF, 516 p.

²²⁹ Jobert, B. (1985). L'État en action : l'apport des politiques publiques. *Revue française de science politique*, 654-682.

²³⁰ Bergeron, H. (2010). Chapitre 3. Les politiques de santé publique. In *Politiques publiques*, Borraz O. & Guiraudon V. (eds), Paris, Presses de Sciences Po. pp. 79-111.

Cependant, les notions de risques et de facteurs de risque mais aussi les nombreuses crises sanitaires qui ont traversé le pays (affaire du sang contaminé ou crise de la vache folle par exemple) ont remis progressivement à l'agenda politique les impératifs de prévention et de promotion de la santé via des politiques de santé publique. Ces notions sont devenues des points centraux autour desquelles s'articulent des discours et des politiques publiques et au-delà, une façon de penser la santé des populations²³¹. En août 2004, la loi relative à la politique de santé publique est promulguée. Elle est considérée par ses promoteurs comme la première loi de santé publique depuis celle de 1902²³². Elle instaure une démarche pour la définition et la conduite des politiques de santé ainsi qu'un cadre méthodologique visant à améliorer la pertinence, la lisibilité et la performance de ces politiques. Depuis lors, l'un des traits saillants des évolutions récentes survenues dans le champ des politiques de la santé publique est le développement d'approches dites de « sécurité sanitaire », suite notamment à la survenue des crises précédemment citées²³³. De nouveaux savoirs, dispositifs, procédures, technologies et institutions sont ainsi venus équiper l'action publique, notamment via la création d'agences²³⁴.

La loi du 21 juillet 2009 a promulgué la création des ARS que l'État présentait comme un levier d'action afin de décloisonner les silos du système français de santé séparant d'une part l'offre de soin et d'autre part la santé publique. Afin d'organiser ce décloisonnement, la Société française de santé publique (SFSP) a coordonné une vaste étude sur la place qu'allait occuper la santé publique au sein de ces nouvelles agences de santé. La création de directions dédiées explicitement à la promotion de la santé publique, et au même rang que les directions de l'offre de soin, incarnait un fort volontarisme politique de propulser la santé publique comme volet essentiel de l'état de santé global des populations. La santé publique et la prévention étaient en effet présentées par cette étude de la SFSP comme devenant une « véritable colonne vertébrale de la politique de santé dans les régions »²³⁵. Les ARS ont ainsi été perçues comme une opportunité unique de réussir *finalement* à structurer la prévention en France et à l'intégrer à part entière dans le système de santé²³⁶.

La ministre de la Santé d'alors, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, déclarait ainsi lors des journées de 2008 de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé : « *Décideurs publics, acteurs du monde de la santé, simples citoyens, nous sommes tous pris au leurre du même effet d'optique, lorsque nous attribuons nos gains de qualité et d'espérance de vie aux progrès de la médecine* »

²³¹ Boudia, S. (2013). « La genèse d'un gouvernement par le risque ». In Du risque à la menace, Bourg D., Joly P. B. & Kaufmann A. (eds.). Paris, PUF ; Demortain, D. (2019). « Une société (de l'analyse) du risque ? » Natures Sciences Sociétés 27 (4) : 390 -98.

²³² Bergeron, H., & Nathanson, C. (2014). Faire une loi, pour faire la loi. La loi de Santé publique d'août 2004. Sciences sociales et santé, 32 (4), 5-32.

²³³ Bergeron, H. & Castel P. (2018). *Sociologie politique de la santé*. Paris, PUF, 516 p.

²³⁴ Benamouzig, D., & Besançon, J. (2005). Administrer un monde incertain : les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires en France. Sociologie du travail, 47 (3), 301-322.

²³⁵ Société française de santé publique. 2008. Pour un pôle de santé publique et de prévention fort et structurant au sein des ARS. Note du 22 avril 2008.

²³⁶ Bourdillon F. & Lombrail P. (2009). Les ARS : une opportunité unique pour développer la prévention et la promotion de la santé. *Santé Publique*, Vol. 21.

curative »²³⁷. Elle affirmait par la suite lors de son discours au congrès de la SFSP de 2009 au sujet de la création des ARS qu'« *un véritable pilotage de la mission prévention et promotion de la santé [allait] être organisé en région, pour la première fois, au sein d'une direction de la santé publique, au même rang que la direction des soins* »²³⁸.

L'axe 5 du PRS 2 réaffirme le rôle primordial des politiques de santé publique dans l'amélioration générale de l'état de santé des populations. Il est ainsi rappelé dans l'introduction de cet axe dans le schéma régional de santé : « l'action coordonnée sur l'ensemble des déterminants de la santé (déterminants sociaux, environnementaux, éducatifs, etc.) est reconnue par tous les acteurs comme le principal levier d'amélioration de l'état de santé d'une population et de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé »²³⁹. Il y aurait donc une reconnaissance, apparemment partagée par « tous les acteurs », du fait que la santé des personnes repose très majoritairement sur des facteurs extérieurs à l'offre de soins²⁴⁰.

Un champ dominé à l'ARS

Si la reconnaissance de la santé publique est inscrite dans l'ADN même de la création des ARS, ce champ de la santé est aujourd'hui encore un champ dominé au sein de l'Agence. C'est du moins le ressenti des agents de l'ARS travaillant sur la santé publique et avec lesquels nous nous sommes entretenus. Un premier élément avancé relève du manque de ressources budgétaires auquel font face ces agents :

*« Oui, il y avait beaucoup d'espoir à la création de l'agence. Il y avait beaucoup d'espoir sur cette question de prévention et de promotion de la santé. On voit que, par exemple, mais sur des choses très simples, les textes parlent de fongibilité asymétrique, ne serait-ce qu'au niveau des financements. Et en fait ça ne se fait pas dans les faits, ça ne se fait pas... ça se fait de façon très à la marge, ça a pas du tout été officialisé. Nous, on utilise des budgets de médico-soc et d'établissements de santé, mais de façon très souterraine en fait. Ne serait-ce que ça, il y a pas eu de volonté de créer ça. »*²⁴¹

²³⁷ Collin, J.F *et al.* (2008). Pour un pôle de santé publique et de prévention fort et structurant au sein des ARS Société française de Santé publique, ADSP, n° 63, pp11-15.

²³⁸ Propos relatés dans l'article Bourdillon F. & Lombrail P. (2009). Les ARS : une opportunité unique pour développer la prévention et la promotion de la santé. *Santé Publique*, Vol. 21.

²³⁹ *Améliorons la santé des franciliens*, Schéma régional de santé d'Île-de-France 2018-2022, ARS Île-de-France, juillet 2018, p.65.

²⁴⁰ Selon certaines études, la question de l'offre de soin ne détermine que 20 % de la santé des urbains.

²⁴¹ Entretien avec un responsable de département PPS d'une délégation départementale de l'ARS Île-de-France, le 02/07/2021.

« On est un tout petit service, on a un tout petit budget. On [le département PPS] est très déconnecté, y compris dans nos méthodes de travail. »²⁴²

« La santé n'est jamais entendue dans son aspect prévention et santé publique, mais plutôt en termes d'accès aux soins par exemple. [...] Il a fallu se battre et plaider la cause pour pouvoir co-financer cette action [sur l'aide alimentaire]. »²⁴³

Le manque de ressources budgétaires allouées aux services et aux actions de la santé publique en interne à l'ARS est aussi le reflet du manque de ressources budgétaires allouées en général à la santé publique. En effet, en France, le total des dépenses de prévention, qu'elles soient institutionnelles ou non, se serait élevé à 15,1 milliards d'euros en 2014, soit 5,9 % de la dépense courante de santé²⁴⁴.

À ce manque de ressources budgétaires, s'ajoute le problème des ressources humaines puisque les départements de santé publique sont confrontés à des *turn-overs* importants de personnel. Les agents évoquent ainsi, aussi bien en délégations départementales qu'au siège à la direction de la santé publique, de nombreuses rotations d'agents qui ne « *facilitent pas non plus la capitalisation et la continuité d'une intervention* »²⁴⁵. Nous avons consigné dans le tableau suivant les dates d'arrivée à l'ARS et les dates de prises de poste des actuels responsables des départements, prévention et promotion de la santé dans les huit délégations départementales de l'ARS Île-de-France.

Délégation départementale	Date d'arrivée à l'ARS	Date de prise de poste en tant que responsable du département PPS
# 1	Décembre 2019	Janvier 2021
# 2	2010	2018
# 3	Septembre 2018	Janvier 2021
# 4	Poste vacant en septembre 2021	Poste vacant en septembre 2021
# 5	Février 2018	Décembre 2020
# 6	2010	2013
# 7	2010	Février 2021
# 8	2013	2018

²⁴² Entretien avec un responsable de département PPS d'une délégation départementale de l'ARS Île-de-France, le 23/07/2021.

²⁴³ Entretien avec le référent nutrition au siège de ARS Île-de-France, décembre 2020.

²⁴⁴ Les dépenses de santé en 2015, résultats des comptes de la santé. Comptes généraux de la santé – ministère solidarité/santé, chiffres cités dans l'ouvrage : Mathieu, J. L. (2018). Prévention : quels enjeux de santé publique ! Analyse de politiques publiques. Paris, L'Harmattan, 205 p.

²⁴⁵ Entretien avec un responsable de département PPS d'une délégation départementale de l'ARS Île-de-France, le 16/09/2021.

Tableau 9. Dates d'arrivée à l'ARS et de prise de poste des responsables de département PPS en délégation départementale

On constate ainsi que sur les huit responsables de département PPS, seuls trois exercent leurs fonctions depuis plus de deux ans. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette forte mobilité des agents des services de santé publique à l'ARS. Premièrement, de plus en plus d'agents sont recrutés à l'ARS sous le statut de contractuels, pour des durées de contrat allant de quelques mois à une ou deux années. Cette situation contraste avec le statut de fonctionnaire titulaire que possèdent les agents rattachés à l'assurance maladie. Un autre élément très régulièrement avancé par les agents rencontrés en délégations départementales est la surcharge de travail à laquelle ils doivent faire face et qui « use » les agents. Cette surcharge est due à plusieurs facteurs : l'accumulation des missions, le non-remplacement de certains agents (« *Je suis arrivé en janvier pour remplacer deux personnes* »²⁴⁶) et la suppression de certains postes dédiés aux « fonctions supports » comme l'illustre l'extrait d'entretien suivant :

« Nous par exemple à la délégation, on n'a plus de poste logistique, enfin toutes les personnes qui s'occupaient de la maintenance, etc., bon bah, par exemple, c'est à nous [...] maintenant de nous occuper de mettre l'essence, etc. [...] Quoi qu'il en soit, on fait plus des tâches qui, honnêtement, nous prennent du temps [...] Dans notre service, il n'y a plus vraiment de fonction de secrétariat. Tout ce qui est préparation de réunion, avant c'était pris en charge. Toute la partie administrative, c'était pris en charge. Pour vous dire, moi j'ai tellement pas le temps que mes frais de voiture et tout ça, je suis toujours en retard, je les fais jamais, enfin je les fais sur mon temps perso. Quand vous augmentez les missions et les petits détails comme ça, on pense que c'est des petits détails, mais qui prennent beaucoup de temps. C'est juste hyper chronophage. »²⁴⁷

Les agents des délégations départementales de l'ARS cumulent ainsi de nombreuses missions, pris entre les impératifs de leurs relations avec leurs partenaires de terrain et ceux transmis par leur direction régionale. Un agent résumait ainsi la situation :

« Et surtout dans notre département, enfin même des sujets qu'on pourrait penser, qui ont pas forcément de lien avec la prévention, sont gérés par le département. Ça fait beaucoup beaucoup de travail avec des délais des fois extrêmement courts. Si vous voulez, on est entre les deux. Puisqu'on est le lien avec les acteurs de terrain, mais aussi on est en lien avec la région. Le siège est du coup lui-même rattaché au ministère de la Santé qui va donner des instructions, des nouvelles directives, des nouveaux protocoles, etc., qui vont du coup nous transmettre. Mais nous derrière, on a nos propres partenaires qui nous sollicitent pour l'accompagnement de leurs projets, pour qu'on les aide, pour qu'on réponde à leurs questions. On a notre propre direction qui veut faire elle-même ses... enfin, qui a ses propres orientations

²⁴⁶ Entretien avec un chargé de mission « nutrition » dans une délégation départementale de l'ARS Île-de-France, le 14/09/2021.

²⁴⁷ Entretien avec une chargée « nutrition » dans l'une des délégations départementales de l'ARS Île-de-France, le 27/10/2021.

pour le territoire. Donc du coup, ça fait beaucoup d'informations. Pas beaucoup de temps pour gérer tout ça ; et c'est ça qui est compliqué. »²⁴⁸

En dehors de la transcription et de la mise en cohérence de ces impératifs émanant de diverses parties, les agents de l'ARS en santé publique doivent aussi composer avec une multitude de thématiques différentes. Un chargé « nutrition » dans l'une des délégations départementales confiait ainsi en entretien : « *C'est vrai que c'est très lourd en charge de travail, notamment en délégation départementale. [...] On n'est pas assez nombreux moi je trouve et on a beaucoup trop de missions* »²⁴⁹. Nous l'interrogeons alors sur l'ensemble des missions qui lui revenaient dans le cadre de son poste :

« Je suis chargé de projets de dispositifs publics de prévention et de promotion de la santé. Donc les dispositifs publics qui sont les centres de vaccination gratuits, les centres de lutte antituberculeuse, les CeGIDD. Je suis aussi sur différents sujets comme la nutrition, le Sport Santé, l'éducation thérapeutique du patient et l'addiction. Et je suis aussi en appui sur les établissements médico-sociaux pour les personnes en difficultés spécifiques, donc les CSAPA, les CAARUD, les LHSS et les ACT. »²⁵⁰

Cette énumération de thématiques et de structures traduit ainsi la charge mentale importante qui s'ajoute aux difficultés de travail que rencontrent les agents en santé publique et que nous avons évoquées plus haut. Au-delà de cette surcharge de travail, certains agents trouvent cependant que « *les conditions de travail [à l'ARS] ne sont pas mauvaises* »²⁵¹, nourrissant un réel intérêt pour les missions à traiter, reconnaissant beaucoup de congés et un conseil d'entreprise de qualité. Cependant, un dernier facteur potentiellement explicatif de la forte rotation des agents au sein des équipes de santé publique est la faible attractivité en termes de salaire des postes proposés. Un agent exprimait ainsi :

« Ce qui est compliqué aussi, je pense, et c'est pour ça qu'il y a du turn-over, c'est effectivement, en tout cas me concernant, peut-être que le poste n'est pas... enfin, la valorisation du poste n'est pas assez peut-être attractive sur le long terme. Dans le sens où comme je vous ai dit, il y a moins d'avantages quand même à être contractuel. Une fois que vous rentrez dans les grilles, vous bougez pas trop, quoi. Et clairement, pour le travail fourni, pour les diplômés qui sont derrière, voilà, la valorisation, que ce soit même en termes de... enfin j'espère, en termes d'encadrement fonctionnel ou de rémunération, ça atteint pas l'investissement à donner. [...] C'est sûr que si vous voulez, quand on fait des gros horaires, on peut,

²⁴⁸ Entretien avec un chargé de mission « nutrition » dans une délégation départementale de l'ARS Île-de-France, le 21/10/2021.

²⁴⁹ Entretien avec un chargé « nutrition » dans l'une des délégations départementales de l'ARS Île-de-France, le 27/10/2021

²⁵⁰ Entretien avec un chargé « nutrition » dans l'une des délégations départementales de l'ARS Île-de-France, le 27/10/2021

²⁵¹ Entretien avec un chargé « nutrition » dans l'une des délégations départementales de l'ARS Île-de-France, le 21/10/2021

entre guillemets, les récupérer. Mais c'est plus en termes de charge mentale, c'est juste énorme ! [...] Donc, moi personnellement, je sais pas si dans cinq ans je serais toujours à l'ARS. Je n'en ai aucune idée. »²⁵²

Dans certaines délégations départementales cependant, le faible effectif des départements PPS n'est pas vécu de la même manière que précédemment décrite. Deux éléments concourent à cette situation : l'ancienneté de certains agents au sein des équipes PPS et la présence d'un cadre administratif. Un agent chargé de mission « nutrition » au sein d'un département PPS expliquait ainsi en entretien :

« Et en termes de ressources humaines par contre, je pense que... enfin moi en tout cas, je trouve que le fonctionnement actuel marche bien parce que je pense que ça tient à deux choses. C'est que les chargés de mission qui sont là depuis longtemps connaissent très très bien le terrain et sont très autonomes dans la gestion de leur portefeuille. Et la cadre administrative a une vraie vision transverse et globale des projets. Elle sait parfaitement qui fait quoi et où en sont les conventions, quel budget attribuer à tel opérateur ou tel opérateur. Elle connaît très bien l'historique aussi de tous les projets. Et ça, c'est très facilitant. Avec une autre organisation, peut-être qu'on aurait besoin de personnes en plus, mais actuellement je trouve que ces deux facteurs-là permettent vraiment au pôle d'être très autonomes et très... très dynamiques en faisant la gestion de ces projets. »²⁵³

Un autre agent rappelait ainsi à quel point la connaissance des enjeux et des partenaires de terrain était cruciale pour mener à bien les actions du département prévention et promotion de la santé : *« ça facilite énormément le travail et les échanges puisqu'en fait ça se joue même parfois sur des appels à la pause déj' parce que c'est leurs amis ou c'est des connaissances. Donc en fait, je pense que c'est ça qui facilite vachement les choses. »²⁵⁴*

Au-delà des difficultés évoquées en matière de ressources budgétaires et humaines, le manque de reconnaissance dont font part certains agents en santé publique à l'ARS tient à la dévalorisation de leurs missions de la part de certains de leurs collègues au sein de l'Agence. Les propos relatés ci-après témoignent d'une certaine violence symbolique à l'égard de leur fonction et d'une dévalorisation générale de la santé publique.

« C'est vrai que de façon péjorative, on est quelquefois un peu vus comme ceux qui vont se promener, régulièrement. Parce que c'est vrai qu'on va beaucoup sur le terrain (Rire.) On est vus comme ceux qui sont en fait... comme on n'est pas dans

²⁵² Entretien avec une chargée « nutrition » dans l'une des délégations départementales de l'ARS Île-de-France, le 21/10/2021

²⁵³ Entretien avec une chargée « nutrition » dans l'une des délégations départementales de l'ARS Île-de-France, le 26/10/2021.

²⁵⁴ Entretien avec une chargée « nutrition » dans l'une des délégations départementales de l'ARS Île-de-France, le 26/10/2021.

des axes réglementaires. On est beaucoup dans la négociation, donc on fait beaucoup de VRP, de commercial et ainsi de suite. Et puis beaucoup comme des assistantes sociales [...] Enfin mes collègues rigolent beaucoup de nos activités, mais quand j'explique que nous, par exemple on est en train de faire une action sur les prostituées de la Nationale 7, ça les fait beaucoup marrer. Mais en attendant, nous, c'est quelque chose qui a été approuvé, hyper important pour nous sur la prévention, la sexualité, VIH, y compris Covid là en ce moment, avec les prostituées. Et on va toucher ces personnes. Mais tant pis, on le fait. »²⁵⁵

« Nous ici, on a un dicton, en gros c'est : "bon à rien, mais prêt à tout". C'est-à-dire que notre expertise n'est pas reconnue, mais par contre, on nous sollicite beaucoup pour des trucs qui sont un peu à la marge ou que personne ne sait dans quel sens prendre en fait. Et c'est vrai que c'est ça et moi je me suis beaucoup plainte en disant que le premier P de PPS c'était Poubelle. Parce qu'en fait, dès qu'il y a un truc dont personne ne sait faire, ça vient chez nous. C'est-à-dire que si la Préfecture parle d'une expulsion de camps de Roms, ça, ça va arriver chez nous par exemple, en nous disant : "les Roms, ils vont partir, tout ça. Est-ce qu'il faut faire des bilans de santé ? Est-ce qu'ils sont vaccinés ? Est-ce que machin ?" Ça, ça va arriver chez nous alors que ça n'a rien à voir avec des programmes de promotion de la santé. Et en fait, quand on sait pas où mettre, on va le mettre là. »²⁵⁶

Certains responsables de département PPS nuancent ces propos noirs et témoignent de collaborations avec leurs homologues aux départements de soin ou du médico-social. « *Moi je m'entends très bien avec mes collègues responsables de départements. On arrive d'ailleurs beaucoup mieux qu'avec la direction, chez nous, qui est très hospitalo-centrée. On arrive beaucoup à travailler ensemble sur nos compétences, nos contacts, partager nos réseaux* »²⁵⁷.

De manière générale, les agents font tout de même part de leur déception quant à la place qu'occupe finalement la santé publique dans les ARS au regard du mandat initial qui leur avait été confié de décroiser les approches de santé. Nous citons par exemple un extrait d'entretien d'un responsable de département PPS :

« La création des ARS c'était quelque chose qui devait décroiser et je pense que ça n'a pas du tout décroisé. Au contraire, je pense que l'offre de soin prend une place tellement importante que toutes les stratégies se déclinent autour de l'offre de soin. Même désillusion avec le Ségur de la santé. Des grands discours sur la place de la prévention, de la promotion de la santé au cœur du parcours. Ça, il y a

²⁵⁵ Entretien avec un responsable de département PPS dans une délégation départementale de l'ARS Île-de-France, le 16/09/2021.

²⁵⁶ Entretien avec un responsable de département PPS dans une délégation départementale de l'ARS Île-de-France, le 02/07/2021.

²⁵⁷ Entretien avec un responsable de département PPS dans une délégation départementale de l'ARS Île-de-France, le 02/07/2021.

eu des discours, il y a pas de doute. En fait il y a pas le passage de l'idée à la déclinaison opérationnelle »²⁵⁸

Après avoir exposé ce constat d'une santé publique de plus en plus reconnue scientifiquement et politiquement, mais qui fait face à des difficultés persistantes de reconnaissance dans les organisations internes du système de santé, dont font partie les ARS, nous avons cherché à savoir si le déploiement de l'axe 5 du PRS 2 avait réussi à influencer sur cette situation. En effet, l'orientation stratégique de l'axe 5 portant sur le renforcement des capacités internes de l'ARS en matière de diffusion des enjeux de santé publique prévoyait de mettre en œuvre plusieurs actions visant à déployer une stratégie de plaidoyer en faveur de la santé globale, à rendre la coopération et la collaboration de l'ARS attractives sur ces thématiques et à développer la transversalité et une culture commune au sein de l'ARS.

LE DÉPLOIEMENT DE L'AXE 5 A-T-IL CONTRIBUÉ AU RENFORCEMENT DES CAPACITÉS INTERNES DE L'ARS EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE ?

Renforcement du dialogue en interne

La construction et la diffusion de nouvelles thématiques de santé ont été l'occasion de nouvelles collaborations au sein de l'ARS entre agents de différentes directions. C'est le cas notamment des évaluations d'impact sur la santé (EIS) qui consistent à aider des acteurs locaux (élus, agents de collectivités territoriales, aménageurs, associations) à mieux prendre en compte la santé lors de l'élaboration de leurs politiques, projets ou programmes. L'ARS, conformément à son mandat d'action sur les déterminants de santé et la réduction des inégalités sociales de santé, a développé en interne ses compétences sur ce type d'évaluations d'impact sur la santé. Cette approche a été fortement soutenue par la direction générale de la santé publique au siège de l'ARS et en 2013 une première EIS est menée à bien sur les projets de transports de Plaine Commune.

Dans le cadre du déploiement du PRS 2 et du renforcement de cette thématique, le chargé de mission EIS au siège de l'ARS a orchestré des sessions d'acculturation sur cette thématique afin de sensibiliser les agents de l'ARS en interne. Des temps de formation ont aussi été organisés au sujet de la stratégie des plaidoyers de santé publique faisant intervenir notamment le docteur Alain Poirier de l'Institut national de santé publique du Québec, expert sur cette thématique. Lors de cette intervention en particulier, l'agent « référent des investissements en santé » au siège de l'ARS dans une direction relative à l'offre de soin, a été particulièrement marqué par le poids des déterminants sociaux et environnementaux dans la santé des populations. Cette formation a été pour elle le point de départ d'une collaboration avec la référente EIS de la direction générale de la santé publique sur

²⁵⁸ Entretien avec un responsable de département PPS dans une délégation départementale de l'ARS Île-de-France, le 02/07/2021.

une expérimentation « hôpital et territoires promoteurs de santé ». Cet agent référent sur les investissements de santé racontait ainsi en entretien :

« Le démarrage était lors de mes formations de plaider en interne, qui est de se dire que parmi les déterminants de la santé, l'offre de soins, en tout cas, ne compte qu'à hauteur de 20 % à peu près [...]. Donc il faut absolument mettre de la santé publique et donc de l'environnement, voilà, dans les projets d'investissements hospitaliers. [...] Du coup, moi, depuis 2018, finalement je suis moins sur l'évaluation socio-économique, même si j'y suis quand même, des grands projets d'investissements hospitaliers. Et je m'attelle... et du coup quand même ma hiérarchie que je remercie aussi, parce qu'ils me suivent là-dedans évidemment. Donc faire cet hôpital territoire promoteur de santé [c'est se dire] comment mettre de la santé publique dans l'offre de soin, finalement, c'est ça. Et donc, c'est hyper enrichissant parce qu'on était en copilotage, direction de la santé publique, direction d'offre de soin, et ça, c'est vraiment... voilà, la richesse de la transversalité interne qui était pas le cas avant quand même. »²⁵⁹

Si ce travail d'expérimentation sur les hôpitaux et les territoires promoteurs de santé a été freiné par la survenue de la crise de la Covid-19, il témoigne cependant des dynamiques internes de l'ARS pour croiser les thématiques de l'offre de soin et de la santé publique. Ces dynamiques s'inscrivent pleinement dans le travail opéré de déploiement de l'axe 5 du PRS 2, en particulier sur les enjeux de promotion des EIS et de la stratégie de plaidoyers.

Cette transversalité entre départements offre de soin et santé publique semble cependant être davantage organisée et rendue possible au sein du siège de l'ARS et moins dans ses délégations départementales. Il semble donc pertinent de renforcer ces temps de formation interne au sujet de la santé publique y compris dans les délégations départementales, car, comme le rappelait en entretien un responsable de département PPS d'une délégation départementale de l'ARS Île-de-France :

« D'abord, la question de la promotion de la santé et de la prévention est très très méconnue, il faut faire beaucoup — contre toute attente — au sein de l'agence, il faut faire beaucoup, il faut déployer beaucoup d'énergie pour faire comprendre la méthodologie en matière de santé publique, les intérêts, les enjeux de la santé publique. Y compris en interne, parce que ça fait pas le poids, parce que c'est pas visible, expliquer qu'une évaluation en matière de santé publique, ça va donner des résultats sur du très long terme. Un projet de promotion de la santé, globalement, c'est pas bankable, ça ne rapportera rien, ça évitera des dépenses. C'est donc vraiment un changement de mentalité qu'il est très très difficile de faire passer, y compris en interne. »²⁶⁰

²⁵⁹ Entretien avec un agent chef de projet Investissement au siège de l'ARS Île-de-France, le 27/08/2021

²⁶⁰ Entretien avec un responsable de département PPS d'une délégation départementale de l'ARS Île-de-France, le 02/07/2021.

Des initiatives éparses au sein des délégations départementales sont toutefois menées à l'initiative personnelle de certains agents afin d'organiser cette transversalité entre département offre de soin et promotion de la santé. Un directeur de délégation départementale expliquait ainsi en entretien avoir organisé l'aménagement des bureaux de l'ensemble des agents de la délégation dans le but précis de renforcer le dialogue entre ses équipes : « *On a déménagé au moment où je suis arrivé et j'ai mis tous [les agents] sur le même étage déjà. Pour forcer à ce qu'ils se parlent et à ce qu'ils travaillent ensemble. C'est pas encore complètement efficient, mais voilà...* »²⁶¹. D'autres organisent des « pools de médecins volants » attachés à la direction de la délégation départementale et intervenant au besoin dans l'ensemble des départements qu'ils soient liés à l'offre de soin ou à la prévention et à la promotion de la santé.

Renforcement de la formation continue des agents de santé publique

Au-delà des enjeux d'acculturation de tous les agents de l'ARS aux thématiques de la santé publique, les agents enquêtés dans les délégations départementales mentionnaient aussi lors de nos entretiens leurs besoins de formation continue sur les enjeux de santé publique. Un responsable de département PPS appelait ainsi :

*« Et la santé pour le coup — comme beaucoup de métiers — enfin... (Rire.) c'est à la fois pas un sujet uniquement des soignants, mais par contre c'est un sujet qui demande de la compétence. Donc on arrête de penser que la prévention, c'est un truc que n'importe qui peut faire. Il y a de la méthodo d'intervention, il y a de la compétence, il y a de l'expertise, il y a des travaux, il y a de la recherche, il y a... vous voyez, c'est une discipline. Et en tant que discipline, elle mérite la même exigence. [...] Et c'est là où on commence à être en difficulté, c'est de dire : "comment je m'aménage de ça". Alors déjà, moi j'ai pas les ressources, j'ai pas les appuis nécessaires, parce qu'on décline pas à l'égard des opérateurs de santé publique les mêmes appuis qu'on décline à l'égard des opérateurs sanitaires. Et il y a un rattrapage à faire si on veut vraiment y arriver. »*²⁶²

Les réunions mensuelles entre la direction de la santé publique et les départements PPS sont l'occasion de réunir toutes les délégations départementales et de transmettre de l'information à leurs agents. Ces réunions sont décrites comme plutôt « *asymétrique* », conçues et organisées pour que le siège puisse informer les délégations départementales et obtenir des informations de leur part.

Les groupes de travail régionaux permettent de fournir aux agents des délégations départementales des éléments de cadrage quant aux orientations régionales tout en construisant une culture commune et en offrant un cadre pour le partage d'expérience. L'échange de pratiques entre agents de différentes délégations est cependant un élément mineur de ces groupes de travail puisqu'il s'agit

²⁶¹ Entretien avec un directeur de délégation départementale de l'ARS Île-de-France, le 16/09/2021.

²⁶² Entretien avec un responsable de département PPS d'une délégation départementale de l'ARS Île-de-France, le 16/09/2021.

plutôt d'une animation verticale, du siège vers les délégations départementales. L'animation de ces groupes est hétérogène selon les thématiques avec une intégration plus ou moins forte des agents des délégations départementales. Ainsi, les agents de santé publique en délégations départementales disent faire face à un manque d'informations de la part du siège, informations qui permettraient cependant d'outiller ces agents dans l'action qu'ils déploient sur les territoires. L'un d'eux témoignait ainsi :

« On va quand même pas mal à la pêche aux infos. Et il y a pas mal de : “ah, il y a ça, OK”. C'est là où on gagnerait beaucoup de temps quand même, [si on avait] des fiches macro sur le PRS 2 pour savoir où est-ce qu'on en est sur les déclinaisons des axes et des thématiques. Je pense que tout le monde y gagnerait. »²⁶³

Plusieurs agents de délégations départementales enquêtés nous ont ainsi fait part de leurs besoins d'avantages d'éléments de cadrage pour construire et évaluer leurs actions. Plusieurs propositions ont aussi été formulées par ces agents :

- *« des notes stratégiques un peu synthétiques qui permettraient chaque année de dire : “on fait un état des lieux, voilà où on en est à la DSP, voilà vers où on va et voilà les axes en cours”. [...] Ça nous permettrait de réfléchir à notre cadrage au niveau départemental. »²⁶⁴*
- Des notes thématiques qui feraient un point sur les dernières avancées scientifiques ou présenteraient des expériences réussies dans le domaine. Ces notes pourraient être sous la forme de newsletter. Un agent exprime cette idée en ces termes *« Moi, j'aime bien partir du général au particulier. Ce qui me manque un peu, c'est d'avoir un point sur : “voilà, la thématique x, on en est là au niveau de la région”, et y compris avec la mise en perspective du national. Parce que sur les travaux nationaux, j'ai zéro vision et mes collègues du siège me disent : “oui, mais le national, tu sais, ils nous demandent de travailler comme ça”. Bah justement, ça serait bien que, nous, on nous le retraduise parce que du coup on comprendrait mieux pourquoi il y a des choses qui se mettent en place comme ça. [...] Moi j'aimerais bien avoir ça une fois par an ou une fois tous les deux ans. Qu'on puisse quand même se dire : on a des travaux [à notre disposition], des axes, que la région elle ne fait pas n'importe quoi. Que j'aie un peu une vision globale. Et du coup je me dis : “ah, d'accord, donc moi je vais faire ça...” Ça me permettrait aussi d'être capable d'expliquer à ma directrice : “là, je vais pas pouvoir suivre parce qu'on n'a pas les moyens, on n'a pas les acteurs,*

²⁶³ Entretien avec un agent de la délégation départementale 77 de l'ARS Île-de-France, département PPS, le 16/09/2021.

²⁶⁴ Entretien avec un agent de la délégation départementale 77 de l'ARS Île-de-France, département PPS, le 16/09/2021.

etc.” ». ²⁶⁵ La compréhension des enjeux politiques nationaux et régionaux ainsi qu’une meilleure connaissance des travaux scientifiques que les différentes thématiques de santé publique permettraient de renforcer le sens des actions menées localement et aux agents des délégations départementales de mieux les porter, de mieux les maîtriser.

- Par ailleurs, la *newsletter* envoyée aux agents durant la crise de la Covid-19 et relatant l’avancée de l’épidémie, l’avancement des recherches et le déploiement des actions de gestion de la crise sanitaire a été appréciée par une partie des agents enquêtés.

LA CRISE DE LA COVID-19, RÉVÉLATRICE DES CAPACITÉS INTERNES DES ÉQUIPES DE SANTÉ PUBLIQUE DE L’ARS

Si la gestion de la crise sanitaire au sein de l’ARS ne constitue pas en elle-même un élément d’observation du déploiement de l’axe 5 du PRS 2, elle représente cependant un formidable révélateur de la place de la santé publique au sein de l’Agence. Elle permet de mettre en lumière les forces et les faiblesses des équipes des départements PPS et les leviers qui permettraient de renforcer leur action, en termes de partenariats sur les territoires, mais surtout en termes de capacités internes au sein de l’ARS. Ce dernier point s’inscrit pleinement dans l’orientation stratégique de l’axe 5 traité dans cette partie.

L’épidémie et sa gestion par phases successives et nationales de confinements des populations ont eu pour conséquences une explosion des maux de la santé publique : insécurité alimentaire, sédentarité, trouble de la santé mentale, diminution de l’activité physique, etc. L’enquête du Groupement d’intérêt scientifique EPI-PHARE parue en mai 2021 montre par exemple que les traitements cardiovasculaires (+24 %) et antidiabétiques (+11 %) ont fortement augmenté en France à partir du début de l’année 2021. Cette hausse est directement attribuée dans cette étude aux « effets néfastes sur la santé des français de la sédentarité imposée par la succession des différentes mesures de restrictions imposées au niveau national pour lutter contre l’épidémie » ²⁶⁶. À cette hausse du taux d’incidence de certaines pathologies s’ajoute le défaut de soins pour les patients atteints de maladies chroniques et le ralentissement des activités de prévention (vaccination, dépistage) ²⁶⁷. En ce sens certains observateurs du monde scientifique ou médical ont fait remarquer que la crise de la Covid-19 ne serait pas une pandémie, mais une syndémie, soit un

²⁶⁵ Entretien avec un agent d’une délégation départementale de l’ARS Île-de-France, département PPS, septembre 2021

²⁶⁶ EPI-PHARE — GIS ANSM-CNAM. « Usage des médicaments de ville en France durant l’épidémie de la Covid-19 — point de situation jusqu’au 25 avril 2021 ». 27 mai 2021

²⁶⁷ Cambon, L., Bergeron, H., Castel, P., Ridde, V., & Alla, F. (2021). Quand la réponse mondiale à la pandémie de COVID-19 se fait sans la promotion de la santé. *Global Health Promotion*, 28(2), p.2.

entrelacement de maladies, de facteurs biologiques et environnementaux qui, par leur synergie, aggravent les conséquences de ces maladies sur une population²⁶⁸. Pourtant, l'urgence sanitaire qu'a constituée la survenue de la crise s'est traduite par une focalisation sur les services de prise en charge des patients atteints de la Covid-19 mettant en pause les actions de santé publique. Certains auteurs, sociologues de la santé, s'interrogent ainsi « Comment a-t-on pu oublier que les déterminants sociaux de la santé sont dépendants les uns des autres, que la santé s'enracine dans le fait social ? »²⁶⁹. La gestion de la crise de la Covid-19, essentiellement centralisée et privilégiant une approche biomédicale, laisse ainsi penser à un recul de la santé publique. Est-ce un élément que l'on constate aussi au sein des délégations départementales de l'ARS ? Nous montrons dans l'analyse qui suit que la réponse à cette question peut être double avec une forte mobilisation (bien que plus tardive) des équipes PPS et de leurs réseaux de santé publique soulignant leur importance cruciale dans la gestion de la Covid-19, bien que plusieurs agents expriment aussi un sentiment de « relégation » de leurs services et de leurs activités durant cette période.

La mobilisation des équipes PPS

Premièrement il faut rappeler que les équipes des départements PPS en délégation départementale ont été très sollicitées durant la gestion de la crise sanitaire comme toutes les équipes de l'ARS. De nouvelles missions ont été confiées à ces départements avec la mise en place du dispositif de médiateurs lutte anti-Covid, les politiques de test, la coordination du *tracing*, le plan d'action départemental Covid STOP Ensemble, la promotion des gestes barrières dans l'espace public et auprès de certains publics, etc. Les agents en santé publique de l'ARS disent aussi avoir constaté une explosion de la demande en matière de santé publique de la part de leurs partenaires locaux, notamment en matière de santé mentale, de violences faites aux femmes et d'insécurité alimentaire. De manière globale ces agents parlent cependant de la mise en retrait de leurs activités traditionnelles (arrêt des campagnes de financement, annulation des réunions thématiques et suspensions des activités en cours) au profit d'une redéfinition totale et temporaire de leurs champs d'action (coordination des activités dans un premier temps, puis travail sur les activités de préventions dans un second temps).

Une campagne de vaccination confiée aux services de l'offre de soin

Historiquement les actions de dépistage, les campagnes de prévention ou les campagnes de vaccination (sensibilisation et rappels auprès de la population, gestion des centres de vaccination) sont des activités qui relèvent du cœur de métier des agents des départements PPS. De plus, le champ des politiques de la santé publique a été marqué ces dernières décennies par le développement d'approches dites de « sécurité sanitaire », suite notamment à la survenue de nombreuses crises de nature diverse (Sida, vache folle, Mediator, etc.) afin de faire face à ces

²⁶⁸ Horton, R. (2020). Offline: COVID-19 is not a pandemic. *The Lancet*, 396 (10,255), 874.

²⁶⁹ Cambon, L., Bergeron, H., Castel, P., Ridde, V., & Alla, F. (2021). Quand la réponse mondiale à la pandémie de COVID-19 se fait sans la promotion de la santé. *Global Health Promotion*, 28(2), p.2.

situations de forte incertitude et de permettre, tant bien que mal, d'agir en temps de crise²⁷⁰. L'ensemble de ces éléments laissent présumer du rôle central qu'auraient pu jouer les départements de prévention et de promotion de la santé dans la gestion départementale de la crise de la Covid-19. Cependant, les agents de santé publique de l'ARS ont été davantage mobilisés pour leurs réseaux de partenaires locaux que pour leurs compétences en matière de prévention ou de gestion de campagnes de vaccination. Plusieurs responsables de départements PPS relataient ainsi la manière progressive dont leurs départements ont été mobilisés dans les protocoles de gestion de la crise de la Covid-19 (en dehors du travail que leurs agents fournissaient par ailleurs pour soutenir le travail collectif de l'Agence sur ce sujet) :

« Au début de la crise : le département n'était pas concerné. D'abord médico-social et puis hôpitaux. Mais petit à petit, en fonction de la crise, on s'est rendu compte qu'il y avait des structures avec lesquelles l'agence n'avait pas de lien direct : foyer de travailleurs migrants, bidonville, organiser le dépistage, etc. Et ça, à l'agence c'est ni les établissements de santé, ni les services d'autonomie qui pouvaient apporter des réponses. Donc là, on a commencé à regarder au sein de la bande qui sait qui peut faire ça, et on se dit : "tiens, il y a la santé publique et il y a le département de prévention et de promotion de la santé qui connaissent un peu ces structures." [...] Donc là du coup, on est venu nous voir, et petit à petit, on est rentrés dans le dispositif. Après, on a été très mobilisés sur l'organisation d'opérations de dépistage, l'organisation de tout ce qui était isolement, centres Covid pour isoler les personnes. [...] Après, on nous a aussi sollicités sur la campagne de vaccination. Notre savoir-faire d'organiser des opérations comme ça qui ne sont pas cadrées, avec des dispositifs ad hoc, avec des ressources qu'on va aller chercher à droite et à gauche par des associations, par des équipes municipales, par des personnes bénévoles volontaires. Mais que derrière il faut qu'il y ait un pilote, il faut qu'il y ait quelqu'un qui coordonne, ça, nous on sait faire. »²⁷¹

« Après, la vaccination, c'est un champ... c'est quand même de la prévention. Mais je suis pas complètement étonnée que l'offre de soins ait eu ce sujet-là. Alors, après, ils sont en lien aussi avec les centres médicaux de santé, avec les professionnels de santé, donc je peux l'entendre. Mais ça reste franchement de la prévention. »²⁷²

« Je me suis beaucoup battu, par exemple, quand la question de la vaccination est arrivée. C'est un sujet qui n'a pas du tout été confié à la prévention. Alors que typiquement, sur l'ensemble des autres vaccinations, ça nous est confié, y compris la vaccination antigrippale, BCG et autre. On a des vraies politiques de vaccination. Et là, quand la vaccination Covid est arrivée, ça n'a pas du tout été

²⁷⁰ Bergeron, H. & Castel P. (2018). *Sociologie politique de la santé*. Paris, PUF, 516 p.

²⁷¹ Entretien avec un responsable de département PPS d'une délégation départementale de l'ARS Île-de-France, le 23/07/2021.

²⁷² Entretien avec un responsable de département PPS d'une délégation départementale de l'ARS Île-de-France, le 27/07/2021.

géré au niveau de la prévention. Et puis, c'est seulement maintenant, au bout de six mois où on se dit : "oui, mais il faut agir sur les représentations, il faut agir... il faut aller trouver les publics les plus vulnérables parce qu'ils se font pas vaccinés. Comment on fait ? Et quelles sont les techniques que vous, vous utilisez à la prévention pour faire de l'"aller vers" ?"»²⁷³

Ces extraits d'entretiens de trois responsables différents de département PPS en délégation départementale montrent que l'expertise de ces équipes départementales de santé publique sur les questions de vaccination n'a pas été mobilisée en amont dans le cadre de la gestion de la crise de la Covid-19.

Le département PPS : une porte d'entrée sur les territoires

Les départements PPS ont en revanche été sollicités progressivement pour mobiliser leurs réseaux de partenaires locaux. Il s'agissait pour l'ARS de renforcer le dialogue et la coordination avec des acteurs sur le terrain capables d'agir directement auprès des populations en matière de prévention, voire de cibler leur intervention sur certains publics cibles (gens du voyage, personnes sans domicile fixe, etc.). Un responsable de département PPS racontait ainsi en entretien :

« Nous, on a fait partie des agents qu'on a utilisés pour leur réseau. Parce que c'est vrai que via les CLS, on a un réseau très important de structures, d'élus, de partenaires. On a donc été utilisés pour notre réseau et on a été utilisés clairement à des charges de gestion de l'offre de soin. Ou alors sur des sujets un peu annexes, dont personne ne savait faire. Moi, j'ai été prise très vite dans la crise Covid, mais par exemple, pour gérer la question de la garde des enfants des personnels soignants. Parce qu'on travaille beaucoup avec l'Éducation nationale, parce qu'on travaille beaucoup avec la petite enfance. On a donc utilisé notre réseau pour que les personnels soignants puissent faire garder leurs enfants. Techniquement, c'est pas des actions de prévention, mais c'est notre réseau de la prévention qui a été utilisé. »²⁷⁴

Pour certains agents enquêtés, cette crise est révélatrice du peu de cas réservé aux départements de santé publique au sein des délégations départementales de l'ARS. Ils tirent un bilan assez sombre de la gestion de cette crise en interne et aussi à l'échelle du système national de santé. Cette gestion centralisée et clinique de l'épidémie constitue pour ces agents un « retour en arrière » de la diffusion d'une culture commune sur les enjeux de la santé publique. Un responsable de département PPS résumait ainsi : « La prévention, ça a toujours des hauts et des bas. Il y a des moments où c'est très en pointe, où ça va être très visible et où on va faire beaucoup de choses. Je dirais qu'en ce moment, politiquement, on est dans une zone de creux, parce qu'on a beaucoup de

²⁷³ Entretien avec un responsable de département PPS d'une délégation départementale de l'ARS Île-de-France, le 02/07/2021.

²⁷⁴ Entretien avec un responsable de département PPS d'une délégation départementale de l'ARS Île-de-France, le 02/07/2021.

mal à se faire entendre, on a beaucoup de mal à faire du plaidoyer et en plus la gestion de crise ne nous aide pas du tout. La prévention n'est pas reconnue quand on est en gestion de crise. Nous, on est plutôt utilisés pour faire de la logistique »²⁷⁵. Pour d'autres agents en santé publique enquêtés à l'ARS la crise de la Covid-19 a été l'occasion d'une mise en lumière de leurs actions, et ce même si l'appel au service des départements de prévention et de promotion de la santé ne s'est effectué que tardivement. Un responsable de département PPS d'une autre délégation départementale exprimait ainsi son point de vue : « Cette expérience de Covid nous a fait un peu de lumière sur nos activités, sur ce qu'on peut apporter au sein de l'agence. Et on était amenés aussi à travailler avec des collègues qui n'avaient jamais travaillé auparavant »²⁷⁶. Il y a eu aussi une reconnaissance des compétences du département PPS en matière de gestion et d'animation de réseaux de santé actifs sur les territoires. Les partenariats variés et solides qu'entretiennent les agents avec les promoteurs de santé publique dans les départements ont ainsi constitué de véritables portes d'entrée des territoires, clé de la gestion de la crise sanitaire de la Covid-19 pour les délégations départementales et pour l'ARS de manière générale.

CONCLUSION : LES AGENTS DE SANTÉ PUBLIQUE, ACTEURS CLÉS DE LA GESTION DE LA CRISE DE LA COVID-19

Malgré une reconnaissance à la fois scientifique, politique et institutionnelle des déterminants sociaux et environnementaux de la santé des populations, la santé publique est un champ encore dominé au sein de l'ARS. Au manque de ressources budgétaires et humaines s'ajoute dans certaines délégations départementales une dévalorisation interne du travail effectué par les agents en santé publique. La gestion de la crise de la Covid-19 a été révélatrice de cette situation à plusieurs égards avec une prise en charge essentiellement clinique de la crise sanitaire, une mise en retrait des activités de la santé publique ou encore une faible reconnaissance des compétences des départements PPS en matière de prévention ou de gestion de campagnes de vaccination.

Pour certains agents en santé publique enquêtés la crise de la Covid-19 aura cependant été l'occasion de mettre en lumière leurs actions, et ce même si l'appel au service des départements de prévention et de promotion de la santé ne s'est effectué que tardivement. Ces départements ont été particulièrement sollicités pour mobiliser leurs réseaux de partenaires locaux. Il s'agissait alors pour l'ARS de renforcer le dialogue et la coordination avec des acteurs sur le terrain capables d'agir directement auprès des populations en matière de prévention, voire de cibler leur intervention sur certains publics cibles. La connaissance et leur accès aux réseaux locaux d'acteurs de santé ont fait des départements PPS en délégations départementales des acteurs clés dans la gestion de la crise de la Covid-19.

²⁷⁵ Entretien avec un responsable de département PPS d'une délégation départementale de l'ARS Île-de-France, le 02/07/2021.

²⁷⁶ Entretien avec un responsable de département PPS d'une délégation départementale de l'ARS Île-de-France, le 23/07/2021.

PARTIE 5

RECOMMANDATIONS

« La seule évaluation qui compte est celle qui conduit à un surcroît d'efficacité de l'action publique. »²⁷⁷

De manière générale, l'évaluation des politiques publiques s'impose aujourd'hui. C'est à la fois un gage de qualité de l'action publique menée (efficacité, efficacité, réflexivité, analyse des défaillances, etc.) et à la fois un gage de démocratie permettant d'offrir aux citoyens un droit de regard sur les résultats des politiques publiques engagées. Cependant, la littérature scientifique souligne que les exercices d'évaluation de politique publique irriguent généralement peu *in fine* l'action publique. Les observateurs scientifiques s'interrogent : « Comment peut-on accorder autant de crédit à l'évaluation et lui attribuer si peu de place dans le pilotage de l'action publique ? »²⁷⁸. En effet, il a été montré que l'évaluation demeure le plus souvent exogène au monde de l'action, c'est-à-dire qu'elle imprègne assez peu au final les stratégies, les plans d'action ou les politiques futures. Nous espérons que l'ARS trouvera dans ce rapport d'évaluation de l'axe 5 du PRS 2 un ensemble d'éléments permettant de venir consolider l'écriture et la diffusion de ces futurs projets régionaux de santé auprès des acteurs de la santé publique. Parmi les recommandations évoquées dans ce rapport, on trouve ainsi :

- Opérationnaliser davantage les projets régionaux de santé concernant les questions de santé publique ou bien de trancher en faveur d'un document purement stratégique qu'il conviendrait dès lors d'animer davantage en interne.
- Prendre en compte l'enrôlement des agents en délégations départementales comme un élément capital de la diffusion de nouvelles thématiques de santé publique sur les territoires.
- Encourager les modalités d'action de l'ARS qui renforcent la mise en réseau des acteurs et la diffusion de référentiels communs de santé publique, éléments garants de la cohérence territoriale de l'action publique menée en la matière.
- Renforcer les capacités internes de l'ARS en santé publique par l'organisation de plus de formations transversales au niveau des délégations départementales et par la valorisation accrue du travail d'animation des réseaux locaux de santé, travail effectué par les agents des départements PPS. Ce travail est en effet une composante essentielle de « l'accès au territoire » de l'ARS et de l'image de l'ARS véhiculée sur ces territoires. Ces deux éléments se sont avérés être capitaux dans la gestion de la crise sanitaire de la Covid-19.

²⁷⁷ Tenzer, N. (1996). Comment professionnaliser la gestion de l'État?. Pouvoirs locaux, (31), 4.

²⁷⁸ Duran, P. (2021). Évaluation des politiques publiques : les leçons de l'expérience. Revue française d'administration publique, (1), 1-15, p.3.

Nous consignons dans cette dernière partie du rapport les demandes explicites que nous avons pu recueillir au sujet de l'élaboration de futurs programmes régionaux en matière de santé publique de la part des différents acteurs enquêtés.

Circulation d'un bilan sur le déploiement de l'axe 5

Dans l'article *Évaluation des politiques publiques : les leçons de l'expérience*, le professeur Patrice Duran exprime l'idée suivante : « la maîtrise de l'action publique nécessite des acteurs conscients de ce qu'ils sont et de ce qu'ils font »²⁷⁹. Nous avons vu dans la partie 1 de ce rapport d'évaluation que le déploiement de l'axe 5 du PRS 2 n'avait pas bénéficié d'actions de pilotage en interne sur le long terme. Cela n'a pas empêché pour autant la mise en œuvre d'actions ou de partenariats s'inscrivant dans les orientations stratégiques de cet axe. Certains agents enquêtés en délégation départementale ont exprimé ainsi que soit dressé un bilan des actions menées par leur équipe et par l'ARS en général afin de capitaliser sur les avancées de ces cinq dernières années en matière de santé publique. Nous consignons ici deux extraits d'entretiens allant dans ce sens :

*« Donc je pense que l'évaluation, elle pourrait être quand même bien parce qu'on verrait qu'on n'a pas rien fait même si le groupe de travail ne s'est pas réuni et que ça s'est un peu étioilé. »*²⁸⁰

*« Je sais pas du tout comment la direction de l'innovation va mettre en place les choses, mais je pense que ce serait pas mal qu'on ait un bilan. »*²⁸¹

Beaucoup d'agents de l'ARS enquêtés au sein des délégations départementales ou du siège nous ont aussi demandé d'avoir accès au rapport final d'évaluation que nous étions en train d'établir. La diffusion des principaux résultats de cette évaluation auprès des parties prenantes de l'ARS est donc une attente forte de la part des agents enquêtés. Cette diffusion constituerait aussi une première étape d'institutionnalisation du *feedback* qu'offre cette évaluation sur le déploiement de l'axe 5 du PRS 2. En effet, au-delà des résultats produits, la question de l'utilité de l'évaluation a été plusieurs fois soulevée par les enquêtés au sein de l'ARS, notamment ici par un responsable de département PPS en délégation départementale :

« Ce qui rejoint un peu le début de notre méfiance sur évaluation du PRS2, c'est : on va où avec cette évaluation ? Qu'est-ce qu'on va en faire ? Et nos armoires à tous sont remplies de rapports, de... Je suis pas en train de dire qu'il faut pas le faire, parce que de toute façon c'est presque règlementaire que de faire notre évaluation. La question que je me pose vraiment, la première évaluation en tous les cas c'est : c'est quoi les moyens qu'on nous donne de mise en œuvre de ce type

²⁷⁹ Duran, P. (2021). *Évaluation des politiques publiques : les leçons de l'expérience*. Revue française d'administration publique, (1), 1-15, p.3.

²⁸⁰ Entretien avec un agent de la délégation départementale 78 de l'ARS Île-de-France, département PPS, le 16/09/2021.

²⁸¹ Entretien avec un chargé de mission « nutrition » d'une des délégations départementales de l'ARS Île-de-France, octobre 2021.

de politique publique ? Et je pense qu'il y a une complexité croissante, des professionnalisations croissantes nécessaires des administrations pour pouvoir répondre à ces enjeux-là. »²⁸²

Cette interrogation sur les moyens mis à disposition des agents pour le déploiement de l'axe 5 du PRS 2 entre en écho avec le manque de pilotage déployé en interne pour assurer le suivi de l'opérationnalisation du projet régional de santé concernant la santé publique. Ce déficit de pilotage a été abordé dans la première partie de ce rapport. Il est lui-même en partie le fruit du faible degré d'opérationnalité de l'axe 5 du PRS2. Aussi pour remédier à cette situation à l'avenir, nous recommandons de penser en amont les questions d'évaluation et donc de suivi des prochains projets régionaux de santé de l'ARS.

Penser l'évaluation des actions de santé publique en amont

Concernant l'évaluation de l'axe 5 et des conditions préalables à celle-ci, nous avons pu constater grâce à l'analyse des documents du PRS 2 (partie introductive de ce rapport) que certains aspects de cette évaluation étaient compromis avant même son démarrage. En effet la rédaction des différents documents du projet régional de santé ne semble pas avoir pris en compte le caractère « évaluable » des différents objectifs et actions prioritaires préconisés dans son axe 5. Or, si l'évaluation est un outil permettant d'apporter de la connaissance aux commanditaires de celle-ci, elle peut aussi être pensée comme une pratique d'intervention. L'article scientifique de 2021 *Évaluation des politiques publiques : les leçons de l'expérience* propose ainsi : « L'idée est alors de concevoir l'évaluation non comme un processus extérieur, mais comme un élément constitutif de la politique, visant en particulier à permettre l'adaptation et la réorientation en continu de la politique faisant l'objet de l'évaluation. L'évaluation est alors une composante de l'action en train de se faire »²⁸³.

Afin d'embrasser cette dynamique, il est recommandé d'intégrer à la rédaction des futurs programmes régionaux, dont par exemple le PRS 3, une première réflexion sur l'évaluation des actions promues en matière de santé publique. Cette recommandation vaut d'autant plus que les projets régionaux de santé des ARS ne sont pas des documents opposables concernant les enjeux de santé publique. Penser à l'évaluation de la mise en œuvre de ces actions permet en amont de définir des indicateurs et un protocole de suivi pour assurer l'efficacité de la politique même sur ses composantes non opposables.

Ce travail en amont permet d'établir la faisabilité d'une évaluation effective des futures politiques de santé publique²⁸⁴ et répondrait aux attentes des acteurs de terrain de santé publique en matière

²⁸² Entretien avec un responsable de département PPS dans une délégation départementale de l'ARS Île-de-France, le 16/06/2021.

²⁸³ Duran, P. (2021). *Évaluation des politiques publiques : les leçons de l'expérience*. Revue française d'administration publique, (1), 1-15, p.10.

²⁸⁴ Bunel, M., & L'Horty, Y. (2011). Pourquoi est-il si difficile d'évaluer les politiques publiques ? Reflets et perspectives de la vie économique, 50 (1), 23-31.

d'évaluation de leurs actions. Écrire un plan d'action en pensant à son évaluation future s'inscrit ainsi dans un souci d'assurer l'« évaluabilité » de l'action publique proclamée.

L'étude d'évaluabilité des politiques publiques est une démarche largement adoptée et utilisée dans les milieux académiques et pratiques des mondes anglophones. Elle a été conceptualisée vers la fin des années 1970²⁸⁵, partant du constat de la mauvaise qualité d'implantation des programmes et de l'incapacité d'en fournir une évaluation répondant aux besoins des parties prenantes²⁸⁶. L'étude d'évaluabilité est un processus rigoureux intervenant lors de la rédaction des plans d'action publique. Elle permet d'une part de s'assurer qu'une évaluation satisfaisante de ces plans est réalisable et de déterminer d'autre part si celle-ci est en mesure de produire des connaissances utiles pour les parties prenantes. L'étude d'évaluabilité peut aussi être définie comme une démarche « d'évaluation exploratoire » ou de « pré-évaluation » dont l'objectif serait double : permettre d'améliorer le programme d'action d'une part et de mettre en place les conditions de réussite de son évaluation future d'autre part²⁸⁷. Une étude de ce type se déroule généralement sur une période allant de un à six mois²⁸⁸ et repose principalement sur des données qualitatives (entrevues, revue documentaire, groupes de discussion, visites de terrain et observation)²⁸⁹. Cette démarche est particulièrement adaptée et utile aux programmes d'actions complexes ou multifactorielles, telles les politiques de santé publique²⁹⁰.

En ce sens cette démarche pré-évaluative pourrait être appliquée à la rédaction du PRS 3 concernant les thématiques de santé publique. Nous fournissons ici un ensemble d'analyses et de guides pratiques concernant la mise en œuvre d'études d'évaluabilité, si d'aventure cette démarche retenait l'attention des agents de l'ARS. Ces documents sont produits, soit par des chercheurs d'universités et d'instituts, soit par des consultants en évaluation provenant notamment d'organismes gouvernementaux ou non gouvernementaux.

- *Davies, R. (2013). Planning evaluability assessments: A synthesis of the literature with recommendations. Working Paper N 40. UK: Department for International Development.*

Cet article constitue une banque de références comprenant plus d'une centaine de livres, d'articles, de chapitres de livres et de rapports publiés entre 1979 et 2012, ainsi qu'une compilation de sites web sur les études d'évaluabilité.

²⁸⁵ Trevisan, M.S. (2007). Evaluability assessment from 1986 to 2006. *American Journal of Evaluation*, 28(3), 290–303.

²⁸⁶ Soura, B. D., Dagenais, C., Bastien, R., Fallu, J. S., & Janosz, M. (2016). L'étude d'évaluabilité : Utilité et pertinence pour l'évaluation de programme. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 31(1).

²⁸⁷ Soura, B. D., Dagenais, C., Bastien, R., Fallu, J. S., & Janosz, M. (2016). L'étude d'évaluabilité : Utilité et pertinence pour l'évaluation de programme. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 31(1).

²⁸⁸ Wholey, J.S. (2010). Exploratory evaluation. Dans J.S. Wholey, H.P. Hatry et K. E. Newcomer (éds.), *Handbook of practical program evaluation* (pp. 81–99). San Francisco: Jossey-Bass.

²⁸⁹ Esher, A., dos Santos, E. M., Azeredo, T. B., Luiza, V. L., Osorio-de-Castro, C.G.S. et Oliveira, M.A. (2011). Logic models from an evaluability assessment of pharmaceutical services for people living with HIV/AIDS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4833–4844.

²⁹⁰ Touati, N. et Suárez-Herrera, J.C. (2012). L'évaluation des interventions complexes : Quelle peut être la contribution des approches configurationnelles ? *La revue canadienne d'évaluation de programmes*, 26 (3), 17–35.

- *Soura, B. D., Dagenais, C., Bastien, R., Fallu, J. S., & Janosz, M. (2016). L'étude d'évaluabilité : Utilité et pertinence pour l'évaluation de programme. Canadian Journal of Program Evaluation, 31(1).*

Article scientifique d'introduction au concept d'étude d'évaluabilité. Il présente l'historique de la démarche, ces principales étapes et les avantages qu'elle présente pour la mise en œuvre de programmes d'actions publiques complexes.

- *Soura, B. D., Fallu, J. S., Bastien, R., & Brière, F. N. (2019). L'étude d'évaluabilité. Évaluation des interventions de santé mondiale.*

Article présentant différents exemples d'études d'évaluabilité comme celui d'un programme d'intervention en réseau. Les modalités pratiques de la mise en œuvre de ces études sont présentées (devis, étapes, déroulés de mise en œuvre, résultats).

- *Santé Publique Ontario. (2018). L'examen de l'évaluabilité – un modèle par étapes. 19 p.*

Rapport du comité de santé publique d'Ontario présentant une méthode d'étude d'évaluabilité appliquée à un programme de santé publique. Disponible en ligne.

D'autres pistes peuvent aussi participer au renforcement de l'évaluabilité du futur PRS 3 ou de futurs programmes d'action en santé publique, tels que : le fait d'associer des évaluateurs à la rédaction de la programmation future, solliciter un appui méthodologique auprès de la Haute Autorité de santé (HAS) et en particulier de sa commission d'évaluation économique et de santé publique (CEESP) ou mobiliser les études de la Cour des comptes sur le sujet.

Sur ce dernier point, les agents de l'ARS peuvent en effet s'appuyer sur les méthodologies d'évaluations effectuées par la Cour des comptes habilitée depuis 2008 à mener des évaluations de politiques publiques notamment en matière de santé publique. Au-delà du contrôle de performance qu'elle avait pu mener sur les programmes de santé publique en matière de nutrition et sur le Plan cancer²⁹¹, la Cour des comptes mène aujourd'hui des études visant à apprécier l'impact des politiques publiques. En matière de santé publique, ses évaluations récentes ont porté sur les politiques de lutte contre le tabagisme²⁹², de lutte contre les consommations nocives d'alcool²⁹³, des personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme²⁹⁴ ou de la prévention en santé²⁹⁵.

²⁹¹ Gillette, A. (2009). L'évaluation des politiques de santé et la Cour des comptes, ADSP (69), .37-39

²⁹² Rapport d'évaluation, les politiques de lutte contre le tabagisme, Cour des compte, décembre 2012.

²⁹³ Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool, Cour des comptes, juin 2016.

²⁹⁴ Évaluation de la politique en direction des personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme, Cour des comptes, décembre 2017.

²⁹⁵ La politique de prévention en santé, Cour des comptes, novembre 2021.

Ces évaluations reposent sur une procédure et une méthodologie spécifiques, fondées notamment sur l'association des parties prenantes à la démarche évaluative²⁹⁶.

Enfin, la littérature scientifique insiste sur le fait qu'un projet évaluatif de santé publique ne saurait reposer que sur l'établissement d'un système d'objectifs et d'indicateurs. Ainsi : « il ne suffit pas de décliner les politiques publiques en programmes, assortis d'objectifs précis et d'indicateurs de résultats pour dépasser les blocages passés de l'évaluation »²⁹⁷. La littérature sur ce sujet montre que ce mode de conception et de pilotage des politiques publiques peut même aller à l'encontre de la transparence et de la performance recherchées²⁹⁸ : les systèmes articulant une profusion d'objectifs et d'indicateurs, des activités de *reporting* systématique et des procédures d'audits réguliers produisent d'importantes distorsions dans les politiques menées, incitant les opérateurs à se concentrer sur les activités les plus « rentables », car mesurables, et non vers des tâches plus qualitatives et plus complexes à mesurer ou simplement mal renseignées par les indicateurs définis par les bailleurs de fonds²⁹⁹. Ce type d'évaluation fait aussi peser une pression croissante sur les agents des services publics et les opérateurs locaux des programmes mis en œuvre³⁰⁰. Des « technologies d'évaluation » des politiques de santé publique existent. Elles ne doivent donc pas constituer un élément limitant pour l'élaboration de plan d'action opérationnel pour les acteurs de santé publique de l'ARS Île-de-France.

Pour clôturer cette section sur l'évaluation, nous rappelons que l'évaluation et l'élaboration de conditions d'évaluation sont des formes d'action publique en elles-mêmes. Elles s'organisent en amont, en aval et tout au long du déploiement des programmes d'action :

- Qu'elles s'opèrent sous forme de collecte de statistiques, de rapports d'activités, de questionnaires de satisfaction, de suivi d'indicateurs, les multiples modalités qui s'offrent à l'évaluation d'un programme doivent être définies dès l'élaboration de celui-ci.
- Tout au long de la mise en œuvre du programme, il faut aussi pouvoir assurer « un suivi » de cette mise en œuvre afin d'accompagner les acteurs vers la production de données ou le réajustement des actions.
- Enfin, la remise de rapports d'évaluation finaux peut être l'occasion de temps de discussions éclairées sur la conduite, la reconduite ou l'abandon de certaines actions. Ces rapports viennent aussi nourrir les stratégies qui s'incarneront dans les futurs plans d'action.

²⁹⁶ Brunner, N., Lucioli, E., Netter, P., Lefas, P., Vallet, B., Binder, P., & Durrleman, A. (2019). L'évaluation des politiques de santé publique. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 203 (6), 449-456.

²⁹⁷ Epstein, R. (2010). Des politiques publiques aux programmes : l'évaluation sauvée par la LOLF?. *Revue française des affaires sociales*, (1), 227-250.

²⁹⁸ Bacache-Beauvallet, M. (2009). *Les stratégies absurdes. Comment faire pire en croyant faire mieux*, Paris : Editions du Seuil.

²⁹⁹ Bevan, G., & Hood, C. (2006). What's measured is what matters: targets and gaming in the English public health care system. *Public administration*, 84(3), 517-538.

³⁰⁰ Epstein, R. (2010). Des politiques publiques aux programmes : l'évaluation sauvée par la LOLF?. *Revue française des affaires sociales*, (1), 227-250.

CONCLUSION GÉNÉRALE

L'évaluation de politiques publiques repose d'ordinaire sur l'appréciation du travail entrepris lors du déploiement de ces politiques et des résultats obtenus au vu de leurs objectifs. L'analyse des différents documents constituant le PRS 2 établie dans l'introduction de ce rapport a mis en lumière le fait que les conditions pour mener à bien une évaluation de ce type concernant son axe 5 « Inscrire la santé dans toutes les politiques » n'étaient pas réunies. Une stratégie alternative d'évaluation a alors été développée en proposant d'évaluer la diffusion et la mise en œuvre des trois caps stratégiques qui structurent cet axe 5 du PRS 2, à savoir :

- La diffusion institutionnelle et politique des enjeux de la santé publique ;
- Le déploiement et la consolidation des réseaux locaux de santé publique ;
- Le renforcement des capacités internes de l'ARS en matière de santé publique.

Ces orientations stratégiques correspondent à trois grandes thématiques : la diffusion des idées, le réseau de partenaires locaux et les capacités internes de l'ARS quant aux enjeux de santé publique. L'évaluation de l'axe 5 menée a ainsi porté sur l'analyse des éléments qui ont freiné ou qui ont encouragé le déploiement de ces stratégies d'intervention sur la période 2018-2021.

Pour appréhender cette analyse, nous avons collecté des données à trois niveaux principaux d'enquête : celui de l'ARS, celui des collectivités territoriales et celui des opérateurs locaux de santé publique (association, CLS, coopérative d'acteurs, etc.). Nous avons opté pour un recueil de données reposant sur une méthodologie mixte qui allie aux méthodes qualitatives (entretiens, monographies) des méthodes quantitatives (questionnaires et traitements statistiques). L'analyse de ces données s'appuie sur des outils analytiques de science politique et de sociologie. Conformément aux principes généraux de l'évaluation du PRS 2 fixés avec l'ARS, il a été convenu qu'une action structurante et emblématique serait retenue pour l'évaluation de l'axe 5, celle de la nutrition.

Dans ce cadre commun d'évaluation de l'axe 5, plusieurs études ont été menées au sein du consortium d'évaluation du PRS 2 de la Chaire Santé de Sciences Po Paris dans le but de contribuer à l'élaboration de ce rapport final :

- Les rapports des étudiants du Master Stratégies Territoriales et Urbaines de l'école d'urbanisme de Sciences Po Paris : *Les politiques locales de santé (2020)*³⁰¹ et *Promouvoir la santé publique : Contribution à l'évaluation du Projet Régional de Santé 2018-2022 de l'ARS Île-de-France (2021)*³⁰².

³⁰¹ *Les politiques locales de santé*, 2020, rapport final d'étudiants du Master Stratégies Territoriales et Urbaines de l'école d'urbanisme de Sciences Po Paris, 70p.

³⁰² *Promouvoir la santé publique : Contribution à l'évaluation du Projet Régional de Santé 2018-2022 de l'ARS Île-de-France*, 2021, rapport final d'étudiants Master Stratégies Territoriales et Urbaines de l'école d'urbanisme de Sciences Po Paris, 119p.

- Le mémoire de recherche de Clara Jacquot sur la territorialisation du Programme national nutrition santé (PNNS) : *Contraindre, inciter ou diffuser ? La territorialisation de la politique nutritionnelle : enjeux de gouvernance et de coordination* (2021)³⁰³.
- L'analyse d'une série d'entretiens semi-directifs complémentaires menés auprès des agents de l'ARS au siège et dans ses délégations départementales entre juillet et décembre 2021 par Jeanne Pahun, post-doctorante à la Chaire Santé de Sciences Po Paris.

Dans la partie 1 de ce rapport, nous avons conclu que l'appropriation en elle-même du projet régional de santé par ces acteurs était un élément déterminant de leur utilisation des documents du PRS 2 et *in fine* du déploiement d'actions s'inscrivant dans la lignée de ses orientations stratégiques en matière de santé publique. Nous avons soulevé qu'il existait en ce sens un décalage entre l'important travail collectif de rédaction de l'axe 5 du PRS 2 au sein de l'ARS et l'animation qui en a été faite suite à sa publicisation en interne (manque de communication au sujet du contenu de cet axe, absence de suivi concernant sa mise en œuvre et faible évaluation continue des actions menées). La plupart des agents des départements PPS en délégations départementales de l'ARS jugent l'axe 5 du PRS 2 comme n'étant pas opérationnel. En ce sens le projet régional de santé ne leur a été utile que pour « *ses grandes lignes* », c'est-à-dire ses orientations stratégiques. Cependant, nous avons montré aussi que les orientations stratégiques dressées par l'axe 5 ne sont pas toutes reconnues comme prioritaires par ces mêmes agents. Les priorités de santé publique restent en effet guidées en premier lieu par les besoins du territoire, c'est-à-dire ceux exprimés par les partenaires locaux de ces délégations départementales. En ce sens, nous avons conclu que l'axe 5 du PRS 2 se situait à cheval entre un plan stratégique et un plan d'action, guidant partiellement l'action des agents de l'ARS sur ces deux tableaux. Cependant, malgré cette absence de pilotage en interne et du manque d'opérationnalisation de cet axe 5, de nombreuses actions s'inscrivant dans les axes stratégiques de celui-ci ont pu être menées par les agents de l'ARS et leurs partenaires sur le terrain. Certains agents enquêtés en délégation départementale ont exprimé ainsi le souhait que soit dressé un bilan des actions menées par leur équipe et par l'ARS en général afin de capitaliser sur les avancées de ces cinq dernières années en matière de santé publique.

Pour analyser les éléments qui ont pu freiner la diffusion de nouvelles thématiques de santé publique auprès des acteurs locaux de santé nous avons centré la partie 2 de ce rapport d'évaluation sur l'étude de la diffusion des « nouvelles » thématiques de l'aide alimentaire et de l'insécurité alimentaire. Cette analyse a permis d'explicitier le rôle capital des agents en délégations départementales quant à la mobilisation ou non de partenaires de santé publique sur les territoires. Ces agents constituent en effet les interlocuteurs privilégiés à l'ARS de ces partenaires. Ils organisent les réunions de présentation des campagnes de financement du Fonds d'intervention régionale, dont ils orientent aussi les thématiques et pour laquelle ils opèrent la sélection des dossiers. Ces agents constituent donc un relai fondamental entre les acteurs locaux de la santé publique et le siège régional de l'ARS. Leur enrôlement dans la diffusion de nouvelles thématiques

³⁰³ Contraindre, inciter ou diffuser ? La territorialisation de la politique nutritionnelle : enjeux de gouvernance et de coordination, Clara Jacquot, 2021, Mémoire de fin d'étude, master de recherche en sociologie, Sciences Po Paris, 122p.

de santé apparaît donc comme primordial, ce qui ne semble pas avoir été suffisamment pris en compte dans le cas de la diffusion de la thématique de l'insécurité alimentaire. D'autres éléments freinant la diffusion des nouvelles thématiques de santé publique sont aussi soulignés dans cette partie : les territoires qui font face à des déserts médicaux, le faible maillage de partenaires locaux compétents sur ces nouveaux sujets ou les acteurs qui se sentent peu concernés par les thématiques mises en avant dans le PRS 2 de l'ARS.

Dans la partie 3, nous avons montré que le degré de développement et la stabilité des réseaux locaux de santé sont des critères centraux pour évaluer la continuité et l'efficacité des actions menées en termes de santé publique. Il a ainsi été démontré que les communes qui construisent leurs politiques de santé publique sur création et la consolidation de tels réseaux d'acteurs mènent une action publique en la matière plus efficace et plus résiliente que celles qui optent pour un développement par projets. L'ARS et ses délégations départementales jouent un rôle capital dans la création et dans l'animation de ces réseaux locaux de santé publique, rôle par ailleurs reconnu et apprécié par les acteurs territoriaux enquêtés.

En région Île-de-France les collectivités territoriales s'emparent de manière très disparate des sujets liées à la santé publique, que cela soit en termes d'activités menées ou non³⁰⁴ ou s'agissant de la nature de ces activités (moyens mis en œuvre, nature des solutions apportées, etc.)³⁰⁵. Les ressorts de l'action des collectivités territoriales en termes de santé publique dépendent de plusieurs facteurs explicités dans le rapport : la taille de la commune, son revenu médian, son historique politique, ses ressources humaines, etc. L'analyse approfondie des déclinaisons locales des mesures du PNNS révèle que malgré une forte disparité entre les collectivités territoriales quant à la teneur et à l'ampleur des actions de nutrition mises en œuvre, on observe aussi des éléments convergents au sein de ces politiques territoriales comme la problématisation effectuée des problèmes de santé publique et les solutions préconisées pour y remédier. Cette convergence existe grâce à la diffusion de référentiels communs, qui permettent aux différents acteurs de partager un vocabulaire, des concepts communs et des représentations communes de la problématique et des moyens les plus adaptés pour y répondre³⁰⁶. Cette diffusion de référentiels communs s'opère dans de multiples espaces d'interactions en partie animés par les agents de l'ARS, tels que les réunions de CLS, les formations gratuites, les campagnes de financement ou les temps d'évaluation des programmes mis en œuvre. L'ARS possède ainsi plusieurs modalités d'action pour mener à bien ce travail de cohérence et de coordination entre les acteurs de la santé publique sur les territoires. Nous en avons analysé quatre dans ce rapport : la contractualisation avec des partenaires locaux (exemple développé des CLS), le financement des partenaires par appels à projets, la labellisation de

³⁰⁴ *Promouvoir la santé publique : Contribution à l'évaluation du Projet Régional de Santé 2018-2022 de l'ARS Île-de-France*, 2021, rapport final d'étudiants Master Stratégies Territoriales et Urbaines de l'école d'urbanisme de Sciences Po Paris, 119p.

³⁰⁵ *Les politiques locales de santé*, 2020, rapport final d'étudiants du Master Stratégies Territoriales et Urbaines de l'école d'urbanisme de Science Po Paris, 70p.

³⁰⁶ *Contraire, inciter ou diffuser ? La territorialisation de la politique nutritionnelle : enjeux de gouvernance et de coordination*, Clara Jacquot, 2021, Mémoire de fin d'étude, master de recherche en sociologie, Sciences Po Paris, 122p.

programmes d'actions (exemple développé de la charte Villes Actives du PNNS) et l'appel à manifestation d'intérêts (exemple développé des AMI SEAD).

Malgré une reconnaissance à la fois scientifique, politique et institutionnelle des déterminants sociaux et environnementaux de la santé des populations, nous avons montré dans la quatrième partie de ce rapport que la santé publique est un champ encore dominé au sein de l'ARS. Au manque de ressources budgétaires et humaines s'ajoute dans certaines délégations départementales une dévalorisation interne du travail effectué par les agents en santé publique. Le déploiement de l'axe 5 du PRS 2 et la diffusion de nouvelles thématiques de santé (en particulier celle de l'EIS) aura été l'occasion de nouvelles collaborations au sein de l'ARS entre des agents issus de la santé publique et d'autres issus de l'offre de soin. Ces collaborations permettent la diffusion au sein de l'Agence d'une reconnaissance des enjeux de la santé publique. Cependant ces nouvelles collaborations se situent majoritairement au siège de l'ARS et non dans ses délégations départementales. Par ailleurs le besoin de formation en interne de tous les agents aux nouvelles thématiques de santé publique est un élément récurrent de nos enquêtes.

La gestion de la crise de la Covid-19 a été révélatrice de cette situation à plusieurs égards avec une prise en charge essentiellement clinique de la crise sanitaire, une mise en retrait des activités de la santé publique ou encore une faible reconnaissance des compétences des départements PPS en matière de prévention ou de gestion de campagnes de vaccination. Cependant, pour certains agents en santé publique enquêtés la crise de la Covid-19 aura cependant été l'occasion de mettre en lumière leurs actions, et ce même si l'appel au service des départements de prévention et de promotion de la santé ne s'est effectué que tardivement. Ces départements ont été particulièrement sollicités pour mobiliser leurs réseaux de partenaires locaux. Il s'agissait alors pour l'ARS de renforcer le dialogue et la coordination avec des acteurs sur le terrain capables d'agir directement auprès des populations en matière de prévention, voire de cibler leur intervention sur certains publics cibles. La connaissance et leur accès aux réseaux locaux d'acteurs de santé ont fait des départements PPS en délégations départementales des acteurs clés dans la gestion de la crise de la Covid-19.

Enfin, la dernière partie de ce rapport présente quelques recommandations qui peuvent être formulées suite à ce travail évaluatif de l'axe 5 du PRS 2. Ces recommandations peuvent servir trois propos : fournir une source d'informations sur de possibles leviers d'amélioration de l'action en santé publique de l'ARS, proposer à ses agents les bases d'une discussion réflexive sur les actions menées sur le sujet ou encore aider à la conception et à la rédaction de programmes futurs de santé publique. Ces recommandations sont les suivantes :

- Opérationnaliser davantage les projets régionaux de santé concernant les questions de santé publique ou bien de trancher en faveur d'un document purement stratégique qu'il conviendrait dès lors d'animer davantage en interne.
- Prendre en compte l'enrôlement des agents en délégations départementales comme un élément capital de la diffusion de nouvelles thématiques de santé publique sur les territoires.

- Encourager les modalités d'action de l'ARS qui renforcent la mise en réseau des acteurs et la diffusion de référentiels communs de santé publique, éléments garants de la cohérence territoriale de l'action publique menée en la matière.
- Renforcer les capacités internes de l'ARS en santé publique par l'organisation de plus de formations transversales au niveau des délégations départementales et par la valorisation accrue du travail d'animation des réseaux locaux de santé, travail effectué par les agents des départements PPS. Ce travail est en effet une composante essentielle de « l'accès au territoire » de l'ARS et de l'image de l'ARS véhiculée sur ces territoires. Ces deux éléments se sont avérés être capitaux dans la gestion de la crise sanitaire de la Covid-19.
- Faire circuler en interne un bilan concernant le déploiement et les actions menées dans le cadre du PRS 2 et en particulier de son axe 5.
- Intégrer à la rédaction des futurs programmes régionaux, dont par exemple le PRS 3, une première réflexion sur l'évaluation des actions promues en matière de santé publique, afin notamment d'en faciliter le pilotage a posteriori.

BIBLIOGRAPHIE

- Bacache-Beauvallet, M. (2009). *Les stratégies absurdes. Comment faire pire en croyant faire mieux*, Paris : Editions du Seuil.
- Barbier, J-C. (2010). « Éléments pour une sociologie de l'évaluation des politiques publiques en France », *Revue française des affaires sociales*, 1–2, 25–49.
- Basdevant, A. (2014). Obésité, précarité, aide alimentaire. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, (18-19), 314-315.
- Benamouzig, D. (2010). L'évaluation des aspects sociaux en santé. *Revue française des affaires sociales*, (1), 187-211.
- Benamouzig, D., & Besançon, J. (2005). Administrer un monde incertain : les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires en France. *Sociologie du travail*, 47 (3), 301-322.
- Benamouzig, D., & Pierru, F. (2011). Le professionnel et le système : l'intégration institutionnelle du monde médical. *Sociologie du travail*, 53 (3), 293-348.
- Bergeron, H. (2010). Chapitre 3. Les politiques de santé publique. In *Politiques publiques*, Borraz O. & Guiraudon V. (eds), Paris, Presses de Sciences Po. pp. 79-111.
- Bergeron, H. & Castel P. (2018). *Sociologie politique de la santé*. Paris, PUF, 516 p.
- Bergeron, H., Castel, P., & Dubuisson-Quellier, S. (2014). Gouverner par les labels. *Gouvernement et action publique*, 3 (3), 7-31
- Bergeron, H., & Hassenteufel P. (2018). « Une contribution de la sociologie de l'action publique à l'évaluation de processus », *Idées économiques et sociales*, 193:3, 42–50.
- Bergeron, H., & Nathanson, C. (2014). Faire une loi, pour faire la loi. La loi de Santé publique d'août 2004. *Sciences sociales et santé*, 32 (4), 5-32.
- Bevan, G., & Hood, C. (2006). What's measured is what matters: targets and gaming in the English public health care system. *Public administration*, 84(3), 517–538.
- Bonzi, B. (2019). *Faim de Droits : le don à l'épreuve des violences alimentaires* (Doctoral dissertation, Paris, EHESS).
- Bouabal, C. (2018). *Des savoirs sans effet : l'espace controversé de la nutrition*. Thèse de doctorat. Institut d'études politiques de Paris
- Boudia, S. (2013). « La genèse d'un gouvernement par le risque ». In *Du risque à la menace*, Bourg D., Joly P. B. & Kaufmann A. (eds.). Paris, PUF.
- Bourdillon F. & Lombrail P. (2009). Les ARS : une opportunité unique pour développer la prévention et la promotion de la santé. *Santé Publique*, Vol. 21.
- Breton, E. (2014). Répondre à l'appel (à projets), *Politix*, 1 (105), 213–232.

- Brunner, N., Luciulli, E., Netter, P., Lefas, P., Vallet, B., Binder, P., & Durrleman, A. (2019). L'évaluation des politiques de santé publique. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 203 (6), 449-456.
- Bunel, M., & L'Horty, Y. (2011). Pourquoi est-il si difficile d'évaluer les politiques publiques ? *Reflets et perspectives de la vie économique*, 50 (1), 23-31.
- Cambon, L., Bergeron, H., Castel, P., Ridde, V., & Alla, F. (2021). Quand la réponse mondiale à la pandémie de COVID-19 se fait sans la promotion de la santé. *Global Health Promotion*, 28(2), 92–95.
- Castetbon, K., Méjean, C., Grange, D., Guilbert, G., Escalon, H., Vincelet, C., & Vernay, M. (2014). Insécurité alimentaire chez les femmes recourant à l'aide alimentaire : prévalences et associations avec l'obésité. Étude Abena 2011-2012, France. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire-BEH*, (18-19), 326-333.
- Collin, J.F et al. (2008). Pour un pôle de santé publique et de prévention fort et structurant au sein des ARS Société française de Santé publique, *ADSP*, n° 63, 11-15.
- Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Denis, J. L., & Avargues, M. C. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 48 (6), 517-39.
- Darmon, N., Gomy, C., & Saidi-Kabeche, D. (2020). La crise du Covid-19 met en lumière la nécessaire remise en cause de l'aide alimentaire. *The Conversation*, 29, 5-p.
- Delahais, Devaux-Spatarakis, Revillard & Ridde (2021). *Evaluation : Fondements, controverses, perspectives*, Editions Sciences et bien commun. Éditions science et bien commun, Québec.
- Demortain, D. (2019). « Une société (de l'analyse) du risque ? » *Natures Sciences Sociétés* 27 (4) : 390-98.
- Desquinabo, N. (2021). L'évaluation dans les politiques complexes. Les cas de la lutte contre l'habitat indigne et du traitement des copropriétés en difficulté. *Revue française d'administration publique*, (1), 115-129.
- Donzelot J. & Estèbe, P. (1994). *L'État animateur : essai sur la politique de la ville*. Paris : Esprit. 238 p.
- Duran, P. (2010). L'évaluation des politiques publiques : une résistible obligation. *Revue française des affaires sociales*, (1), 5-24.
- Duran, P. (2021). Évaluation des politiques publiques : les leçons de l'expérience. *Revue française d'administration publique*, (1), 1-15.
- Epstein, R. (2010). Des politiques publiques aux programmes : l'évaluation sauvée par la LOLF ? *Revue française des affaires sociales*, (1), 227-250.
- Epstein, R. (2013). *Politiques territoriales : Ce que les appels à projets font aux démarches de*

projet. *La Revue Tocqueville*, 34(2), 91-102.

Esher, A., dos Santos, E.M., Azeredo, T.B., Luiza, V.L., Osorio-de-Castro, C.G.S. et Oliveira, M.A. (2011). Logic models from an evaluability assessment of pharmaceutical services for people living with HIV/AIDS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4833–4844.

Fassin, D. (2003). Naissance de la santé publique. *Genèses*, (4), 139-153.

Gaudillière, J.P. (2006). La médecine et les sciences : XIXe - XXe siècles. Collection Repères Histoire 465. Paris, Éd. La Découverte.

Gaudin J-P. (1999). Gouverner par contrat. L'action publique en question, Paris, Presses de Sciences, 236p.

Gillette, A. (2009). L'évaluation des politiques de santé et la Cour des comptes, *ADSP* (69), p.37-39.

Honta, M., Haschar-Noé, N., & Salaméro, É. (2018). L'État à l'épreuve de la régulation territoriale. La mise en négociations des contrats locaux de santé. *Négociations*, (1), 143-155.

Horton, R. (2020). Offline: COVID-19 is not a pandemic. *The lancet*, 396(10255), 874.

Illivi, F., & Honta, M. (2019). La mise en œuvre du plan « Sport, Santé, Bien-être » en région. *Santé Publique*, 31(4), 475-484.

Jacquot, C. (2021). Contraindre, inciter ou diffuser ? La territorialisation de la politique nutritionnelle : enjeux de gouvernance et de coordination. *Mémoire de recherche, Institut d'études politique de Paris*. 121 p.

Jobert, B. (1985). L'État en action : l'apport des politiques publiques. *Revue française de science politique*, 654-682.

Julhe, S., Honta, M., Haschar-Noé, N., Salaméro, É., Basson, J. C., & Sallé, L. (2021). Les reconfigurations du travail des agents des ARS. Extension de juridiction et perte de pouvoir professionnel. *La nouvelle revue du travail*, (18).

Karpik, L. (2013). Réalité marchande et réputation. *Communications*, (2), 121-129.

Le Méner, E., Guénée, L., & Macchi, O. (2020). L'aide alimentaire en temps de Covid. *Plein droit*, 127(4), 32-35.

de Maria, F., & Grémy, I. (2009). Apports des collectivités territoriales franciliennes à la politique régionale de santé publique. *Santé publique*, 21(5), 513-522.

Mathieu, J. L. (2018). Prévention : quels enjeux de santé publique ! *Analyse de politiques publiques*. Paris, L'Harmattan, 205 p.

Nicolas, C. (2004). Poursuivre une politique régionale de santé. *Actualité et dossier en santé publique*, (46), 61-64.

- Nioche, J-P. (2016). Les trois paradigmes de l'évaluation des politiques publiques face à l'obligation de rendre des comptes et de rendre compte, *Revue française d'administration publique*, 160 : 4, 1227–1240.
- Palier, B. (2021). *La réforme des systèmes de santé. Que sais-je.* Paris, PUF, 128p.
- Rican, S., & Vaillant, Z. (2009). Territoires et santé : enjeux sanitaires de la territorialisation et enjeux territoriaux des politiques de santé. *Sciences sociales et santé*, 27(1), 33-42.
- Soura, B. D., Dagenais, C., Bastien, R., Fallu, J. S., & Janosz, M. (2016). L'étude d'évaluabilité : utilité et pertinence pour l'évaluation de programme. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 31(1).
- Soura, B. D., Fallu, J. S., Bastien, R., & Brière, F. N. (2019). L'étude d'évaluabilité. *Évaluation des interventions de santé mondiale*.
- Tenzer, N. (1996). Comment professionnaliser la gestion de l'État ? *Pouvoirs locaux*, (31), 4.
- Thouvenot, A. (2013). Aide alimentaire : les pauvres doivent-ils être condamnés à manger les surplus de notre société de consommation ? *Sens-Dessous*, (2), 43-50.
- Touati, N. et Suárez-Herrera, J.C. (2012). L'évaluation des interventions complexes : Quelle peut être la contribution des approches configurationnelles ? *La revue canadienne d'évaluation de programmes*, 26(3), 17–35.
- Trevisan, M.S. (2007). Evaluability assessment from 1986 to 2006. *American Journal of Evaluation*, 28(3), 290–303
- Wholey, J.S. (2010). Exploratory evaluation. Dans J.S. Wholey, H.P. Hatry et K.E. Newcomer (éds.), *Handbook of practical program evaluation* (pp. 81–99). San Francisco : Jossey-Bass.

SciencesPo

ANNEXES

ANNEXE 1

RÉSUMÉ DU RAPPORT « LES POLITIQUES LOCALES DE SANTÉ », 2020

Les politiques locales de santé, 2020, rapport final d'étudiants du Master Stratégies Territoriales et Urbaines de l'école d'urbanisme de ScPo Paris, 70p.

Lucile Houdy, Sixtine Rohde et Arnaud Narainin sont les étudiants auteurs de ce rapport.

Objet du rapport et méthodologie d'enquête

Ce rapport analyse l'activité des collectivités territoriales d'Île-de-France en matière de santé publique et les relations que celles-ci entretiennent avec l'ARS à ce sujet. Par le prisme de monographies menées dans quatre villes franciliennes, les auteurs ont cherché à appréhender les freins et leviers au développement de politiques locales de santé publique, mais aussi les réseaux d'acteurs mobilisés par les collectivités territoriales pour mettre en place ces politiques et les ressources dont elles disposent pour ce faire. Trois thématiques de la santé publique ont été ciblées en particulier : l'activité physique, la nutrition et l'urbanisme favorable à la santé.

Les quatre villes sélectionnées possèdent chacune une approche singulière de la santé publique. Ces différences de conception sur la manière de mener un politique de santé publique résultent pour partie de l'histoire politique et de l'histoire des politiques publiques de ces villes. D'autres éléments tels que le degré de coordination entre acteurs ou encore les ressources allouées aux projets de santé publique différentient ces quatre villes entre elles. Afin de garantir l'anonymat des acteurs interrogés dans cette étude, les noms des communes ont été remplacés par les appellations suivantes : commune A, commune B, commune C et commune D.

Une première immersion dans ces collectivités territoriales a révélé le fait que beaucoup d'actions en santé publique pouvaient être menées par les autorités locales en dehors des postes administratifs ou des services de l'organigramme fléchés « santé publique ». Pour capter l'ensemble de cette action publique en matière de santé publique, il a été décidé d'analyser les actions locales relevant de la santé publique que celles-ci soient ou non labellisées et étiquetées « santé publique ».

Caractéristiques des quatre communes étudiées

Commune A

La commune A est située dans un département qui présente d'importantes disparités entre les niveaux de vie de sa population dont une part importante a recours aux aides sociales. Le conseil départemental est particulièrement impliqué dans la définition de la santé publique et son administration est très mobilisée dans les politiques locales menées en la matière. Historiquement de nombreuses collectivités de ce département se situent à gauche de l'échiquier politique. Conformément à cet environnement, la commune A mène davantage de politiques sociales redistributives que la moyenne nationale. Avec une population supérieure à 100 000 habitants en 2017, la croissance démographique de la commune est due au solde naturel, reposant principalement sur les naissances. À l'inverse, le solde migratoire est négatif et révèle ainsi le manque d'attractivité de la ville. La commune A possède une population jeune et un nombre supérieur à la moyenne nationale de familles nombreuses.

La commune A fait partie d'un Établissement public territorial (EPT) qui regroupe neuf communes. Les relations entre les différents services de l'EPT et l'équipe municipale sont denses, solidement établies et il existe une répartition des compétences entre les différentes administrations. Cette fluidité permet une collaboration dans de nombreux domaines, comme ceux de l'aménagement urbain et de la santé. Par exemple, les projets de rénovation urbaine sont menés à la fois par des acteurs travaillant au siège de l'EPT et à la fois par les équipes de la commune.

Commune B

La commune B possède de nombreuses caractéristiques semblables à la commune A en termes socio-démographiques. En 2016, la population de la commune s'élevait au-dessus des 50 000 habitants. La structure démographique de la ville est très liée à l'immigration, notamment celle des années 60. En 2012, selon l'Insee, la population totale de la commune B comptait environ 30 % d'immigrés.

La ville fait partie d'un EPT à la suite de l'intégration au Grand Paris, EPT en charge de piloter le projet de renouvellement urbain qui touche actuellement la commune. Ce projet a notamment pour vocation de rénover des quartiers selon le Nouveau programme national de renouvellement urbain (NPNRU). Après quelques aléas et le retrait de l'agent initialement engagé dans cette démarche, la commune B est finalement impliquée elle aussi dans le comité technique du projet. Les relations à ce sujet entre la commune B et l'EPT ne sont donc pas extrêmement fluides.

Commune C

La commune C se situe dans un département pouvant être qualifié de désert médical, classé 97^e en termes de dotations en professionnels de santé, au classement national des 101 départements,

juste devant Mayotte et la Guyane. La commune C dispose cependant d'une place particulière au sein de ce département en termes d'accès à l'offre de soins puisqu'elle abrite l'un des deux Centres référence ressources « Prescri'forme » et le siège d'un grand Centre hospitalier universitaire (CHU).

La population de la commune C ne dépasse pas les 15 000 habitants. C'est une population stable depuis la fin du XIXe siècle. La commune possède un revenu médian supérieur à la moyenne des revenus des autres communes d'Île-de-France et ne présente pas de populations à difficultés sociales majeures.

Politiquement, la commune C est ancrée à droite depuis plusieurs mandats. Aucun élu n'est officiellement dédié au domaine de la santé. Néanmoins, le 6e adjoint au Maire en charge du sport, de la démocratie locale et de la vie associative est affiché comme l'élu le plus actif dans ce domaine. Il est notamment à l'origine de l'intégration de la santé dans sa délégation par le biais de son travail d'appui au projet de création de la Maison Sport-Santé communale.

Commune D

La commune D est une commune récente, construite il y a 40 ans et qui compte aujourd'hui 25 000 habitants. Elle se caractérise par une population très jeune avec 43 % d'habitants âgés de moins de 30 ans. C'est la commune la plus jeune du département. Le salaire moyen des habitants de la commune D a connu une constante augmentation ces dernières années et il se situe aujourd'hui au-dessus de la moyenne nationale. La commune s'est ainsi globalement enrichie et a vu son nombre de QPV réduit de 4 à 2. Ce dernier fait témoigne à la fois de l'amélioration de la situation de certains quartiers et à la fois d'une baisse significative de revenus pour la ville. Le taux de chômage des habitants de la commune D est important, avec 15 % de la population active en recherche d'emploi. La commune D est aussi celle qui présente le plus de problématiques sociales telles que la délinquance ou le mal-logement, vis-à-vis des autres communes d'étude.

Avant de passer à droite en 2014, la ville était durant cinq mandats aux mains du parti socialiste. Les enjeux de santé publique et en particulier ceux liés à l'activité physique étaient alors une priorité communale, avec la diffusion d'une culture du sport de masse. Aujourd'hui la mairie est impliquée en particulier dans un grand projet de rénovation urbaine et laisse davantage de côté les dossiers de santé. En témoignent les mouvements récents au sein des délégations d'élus, puisque l'élu de la majorité, initialement en charge de la santé, des seniors et du sport, a fait le choix d'extraire la santé de ses prérogatives et de les confier à un élu de l'opposition. Ce remaniement marque le déclasserement des questions de santé comme sujet structurant et stratégique de la vie politique locale. Les services municipaux restent cependant fortement mobilisés et formés sur ces sujets et en particulier sur les enjeux d'activités physiques.

Tableau récapitulatif des principales caractéristiques des 4 communes étudiées :

	Commune A	Commune B	Commune C	Commune D
Nombre d'habitants	100 000	50 000	15 000	25 000
Revenu médian des habitants net	2000 €	2100 €	3400 €	2200 €
Taux de chômage	12 %	7 %	7 %	15 %
Présence ou non de QPV	Oui (11)	Oui (3)	Non	Oui (2)
Couleurs politiques	Héritage politique de gauche	Héritage politique de gauche	Ancrée à droite	Historiquement à gauche, aujourd'hui à droite
Historique en matière d'intervention en santé publique	Très active			Très active, en particulier sur l'activité physique
Géographie	Petite couronne	Petite couronne	Grande couronne	Grande couronne
Particularités saillantes		Désert médical		Problématique de délinquance et de pauvreté

Actions menées sur les thématiques ciblées de la santé publique

La pluridisciplinarité et le croisement des thématiques sont très explicites dans l'axe 5 du PRS 2, mais le travail de terrain effectué auprès des acteurs locaux montre que le croisement de ces thématiques dépend de plusieurs facteurs endogènes et ne va pas « de soi ». Sur l'ensemble des communes étudiées, il n'existe pas un modèle unique de relations entre les thématiques de l'étude. L'articulation entre nutrition et activité physique trouve des déclinaisons singulières dans chaque commune. Dans la commune B, on observe un fonctionnement cloisonné des acteurs sur les questions d'urbanisme et d'offre de soins. Les pratiques de l'administration conduisent les différents

professionnels à agir sans réflexion transdisciplinaire. En effet, la Direction municipale de la santé de cette commune consacre une grande partie de ses ressources à l'offre de soins, négligeant l'investissement nécessaire sur les questions de santé publique et des déterminants sociaux ou environnementaux de la santé des populations. Parallèlement, on peut souligner que les réflexions d'urbanisme favorable à la santé sont menées et enrichies uniquement par la direction des grands projets. Cette tendance à ne s'inscrire que dans une seule discipline ou thématique s'explique en partie par les ressources limitées dont dispose la commune. À titre comparatif, dans la commune A, il existe une culture de politiques de santé multisectorielles, mêlant prévention et soin.

De manière générale, les programmes touchant à la nutrition et à l'activité physique adaptée sont souvent très liés. Ils recoupent souvent les mêmes objectifs, les mêmes cibles, et ainsi recourent aux mêmes moyens. Les principaux porteurs de ces projets, diététiciens ou éducateurs sportifs, allient ainsi leurs compétences au sein de certains programmes, convaincus de la complémentarité de leur discipline. Le Plan national nutrition santé est lui-même conçu comme un double plaidoyer, entre promotion d'une alimentation saine et incitation à une pratique d'activité physique régulière. Dans toutes les communes étudiées, on observe ainsi une collaboration entre acteurs du domaine sportif et de la nutrition. Cette transversalité est moins évidente dans les programmes d'urbanisme favorable à la santé. S'il existe des projets d'amélioration des pistes cyclables dans le but de favoriser aussi le développement de l'activité physique quotidienne, les éducateurs sportifs ou autres acteurs du sport-santé ne sont néanmoins que rarement invités à l'élaboration de ces politiques.

Les politiques de santé publique locale autour de l'activité physique sont souvent les premières citées lors des entretiens. Les publics ciblés recoupent toutes les tranches d'âges, mais les objectifs des programmes concernent principalement la lutte contre l'obésité. Les communes C et D présentent des cas de progressive démocratisation de la prescription de l'activité physique adaptée par les médecins. À travers l'établissement de programmes nationaux, ce système permet de valoriser les vertus thérapeutiques de l'activité physique en lui donnant le même statut que n'importe quels traitements médicamenteux. Néanmoins, cette action de prescription d'activités physiques en vue d'améliorer la santé doit encore faire face sur le terrain à des réseaux peu coordonnés, à des actions peu transversales et à un manque constant de valorisation financière pour les structures sportives qui ont pris l'initiative dans ce cadre de s'adapter à l'accueil de personnes en affection longue durée.

Concernant la thématique de l'urbanisme favorable à la santé, on constate que celle-ci a beaucoup moins pénétré les services des communes étudiées. Elle se décline principalement dans des actions opérationnelles d'aménagement de pistes cyclables, mais concerne également des documents de planification et d'aménagement du territoire.

Deux stratégies différentes d'action publique

Commune A et D : une logique de réseau

Les communes A et D ont la particularité construire leurs politiques de santé publique en collaboration avec leur réseau d'acteurs. Elles détiennent des structures communales de référence dont un des rôles clés est la coordination entre acteurs. Les Ateliers santé ville (ASV) de la commune A par exemple sont le support de rencontres très régulières qui rassemblent différents acteurs de la ville autour d'un thème de santé publique. Une observation participante à l'un de ces ASV a permis d'analyser la contribution de différents acteurs locaux dans l'élaboration du Plan de local de déplacement porté par l'intercommunalité. Les diététiciens communaux, le centre médico-sportif, l'association X, la direction communale Ville et quartier, l'hôpital, un chirurgien bariatrique et l'intercommunalité étaient réunis autour d'une table pour contribuer, chacun dans son domaine, à la réflexion de ce projet d'aménagement urbain. Ce « laboratoire d'idée » montre la volonté de transversalité des programmes mis en œuvre au sein de la commune A.

On peut observer des aspirations similaires au sein de la commune D, mais le niveau de développement du réseau de santé publique de la commune ne lui permet pas encore d'assurer une mise en commun efficace sur chaque projet. Le Projet de réussite éducative (PRE) de cette commune en est un exemple. Ce projet vise à favoriser l'égalité des chances à l'école et recoupe des objectifs de suivi médical, pourtant ses équipes ne sont pas en lien avec les réseaux « sanitaires » de la ville. D'après les acteurs interrogés, c'est un programme qui a prouvé son utilité et son efficacité, mais qui gagnerait à enrichir ses actions en étendant son réseau à d'autres acteurs de la ville. Le médecin généraliste de la ville, référent en termes de Sport-Santé, met beaucoup d'espoir dans la future Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) dont le dossier a été envoyé à l'ARS. Il assure que la volonté de travailler ensemble se ressent dans la ville depuis les années 2000, mais que les acteurs de la ville ont besoin de cadre, de rendez-vous réguliers afin que leurs échanges soient formalisés. Il explique ainsi : « *Le but n'est pas d'ajouter un programme dans le mille-feuille des programmes, c'est de donner les moyens pour que les gens travaillent ensemble* ». L'absence de dispositifs de coordination au sein de la commune D débouche sur une situation où peu de projets sont labellisés santé. Le PRE ne l'est pas par exemple, il est exclusivement en lien avec le ministère de l'Éducation et géré uniquement par l'adjoint chargé de l'éducation et de la petite enfance. À l'inverse, il y a dans la commune A un effort constant d'intégrer des objectifs de santé publique dans les projets communaux en cours. De nombreux projets sont donc labellisés santé, comme le projet de renouvellement urbain actuel de l'intercommunalité.

Les deux villes, par leur situation sociale sensible, bénéficient de financements conséquents. La Direction jeunesse et sport de la commune D parle de sa ville comme suit : « *On est une ville subventionnable, intéressante. Avec la population qu'on a, on tente, on est un peu un laboratoire* ». Cette situation peut être généralisée à toutes les villes au profil socialement similaire. En termes d'échelons impliqués au sein des deux villes, on relève le rôle central du Centre communal de santé dans les deux villes et des structures locales comme l'association X dans la commune A ou le Club omnisport dans la commune D. La mairie est bien plus impliquée dans les questions de santé

publique locale dans la commune A que dans la commune D, ce qui facilite le processus de décision. Au niveau du département, la délégation départementale de l'ARS du 93 est très liée à la commune A et la soutient. Quant à la commune D, elle peut compter également sur le soutien du Conseil départemental du 91, initiateur de la création d'un collectif départemental autour de la santé publique.

Concernent les moyens de coordination, les ASV ou les Recherches-Actions ne sont présents que dans la commune A et manquent à la commune D. Enfin, il est intéressant de noter que le Club omnisport est la structure de référence de la commune D en termes de sport-santé. Mais ce club privé ne se reconnaît pas dans la multitude de programmes Sport-Santé impulsés régionalement. Les contraintes sont strictes pour suivre les évolutions : cahier des charges conséquent, formations longues et individuelles pour les éducateurs sportifs, création de créneaux spécifiques au sport-santé, etc. Alors que ce club démontre une réelle volonté d'évoluer, il est freiné par ce qu'il considère comme des directives trop contraignantes émanant de l'ARS.

Commune B et C : une logique par programmes

La construction de la santé publique dans les communes B et C se fait principalement à travers la mise en place de programmes. L'approche est ainsi plus cadrée et guidée par des objectifs nationaux ou régionaux. Leur projet majeur est d'un côté, l'Évaluation d'impact sur la santé (EIS) dans l'intercommunalité de la commune B pour préparer un plan de renouvellement urbain, et de l'autre, l'institutionnalisation du Sport-santé au sein de la commune C à travers la Maison Sport-Santé.

L'inconvénient de ce type de développement d'actions en santé publique est qu'il est conçu « hors-sol ». Moins intégrées aux réseaux locaux de santé, les actions peuvent ainsi se révéler moins résilientes et moins transversales. Au sein de la commune D par exemple, les liens informels qui se nouent au sein du réseau local d'acteurs de la santé permettent de combiner des séances d'activité physique pour les seniors avec la promotion d'une alimentation saine. Le diététicien du Centre municipal de santé (CMS) profite ainsi des temps de gym douce organisé par le Pôle sport et activité physique pour sensibiliser sur la dénutrition des seniors. Ce qui n'est pas le cas pour les actions similaires observées dans les communes B et C.

Le développement de la santé publique par programmes débouche sur des structures de réseaux de santé plus hiérarchisées. Les partenaires principaux des communes B et C sont ainsi le siège de l'ARS ou le Comité départemental olympique et sportif. Enfin, l'application de programmes laisse moins de place à l'expérimentation des communes. La commune C a par exemple scrupuleusement développé ses actions en suivant le cahier des charges de l'ARS, mais est donc désormais peu disposée à innover. Par exemple, le Centre Sport-Santé a reçu l'appellation de « Maisons Sport-Santé » sans faire évoluer son activité. De plus, le développement du Sport-Santé dans cette commune relève d'une fenêtre d'opportunité bien plus que d'un engagement historique dans la santé publique.

Focus sur l'action en santé publique de la commune A

Le rapport effectue un long développement sur le commune A qui présente un fonctionnement d'action publique en matière de santé publique particulièrement exemplaire. Sur la commune A, il existe en effet un grand nombre de professionnels de santé impliqués dans la politique de santé communale. Tout d'abord, six chefs de projets travaillent au sein de la section « ville santé » du service santé publique municipal. Au sein de cette subdivision, les chefs de projets ont chacun en charge un axe thématique différent tel que la précarité et l'accès au soin, la santé environnementale, la santé nutritionnelle ou encore la santé mentale. Ces sections de santé publique thématique communiquent également avec le service municipal d'offre de soins et les centres municipaux de santé. Deux diététiciens travaillent aussi dans le service municipal de santé. Ils répartissent leur temps de travail entre des temps de prise en charge individuelle et des temps collectifs d'éducation à la santé.

La commune A compte un élu à la santé, qui suit de près les programmes et dispositifs coordonnés par la direction municipale de santé. La commune n'est pas le seul échelon territorial impliqué dans la mise en œuvre des dispositifs de santé publique ; l'Établissement Public Territorial dont fait partie la commune A est également très actif dans le secteur, en particulier ses services de renouvellement urbain. D'une part, l'EPT peut se coordonner en amont avec le service de santé publique afin de penser certains diagnostics territoriaux qui précèdent des documents de planification. D'autre part, l'EPT peut lancer des appels d'offres à des acteurs locaux et/ou bureaux d'études afin que ceux-ci livrent des préconisations favorables à la santé, qu'ils intègrent à leurs plans de rénovations urbaines.

Au-delà du secteur d'administration publique, la commune A compte quatre centres de santé, un centre médico-sportif, six centres de protection maternelle et infantile (PMI) ainsi que des centres de planification familiale. Le centre médico-sportif municipal encourage la pratique sportive auprès des sportifs amateurs ou professionnels, notamment en délivrant des certificats médicaux, en proposant des consultations diététiques, des suivis sportifs et des consultations en cas de blessures médicales. Trois professionnels exercent dans ce centre : un médecin du sport, un conseiller médico-sportif et un diététicien. Le médecin du sport est habilité à la prescription d'activité physique dans le cadre du dispositif « Prescri'forme ».

Les secteurs hospitaliers, libéraux et associatifs sont également très actifs sur le territoire de la commune A. De nombreuses associations agissent sur le plan de l'offre de soin ou de la promotion de la santé. L'association X³⁰⁷, particulièrement active sur le territoire, s'adresse tout aussi bien aux professionnels de santé qu'aux habitants en proposant des activités qui visent à faire connaître l'offre de soin de la commune. L'association est née d'une demande de formation sur les questions de nutrition venant de la part de professionnels de l'enfance et d'éducateurs de la commune. L'idée de l'association était également de fluidifier les rapports entre les secteurs hospitaliers, libéraux, municipaux et associatifs. Cette association organise par exemple des conférences thématiques ou encore des activités de marche nordique afin de promouvoir l'importance de la nutrition et de

³⁰⁷ Nom anonymisé

l'activité physique adaptée à l'ensemble des habitants. Elle communique sur leurs bienfaits sur la santé, mais aussi sur les modalités d'accès à l'offre de soin existante sur la commune. Elle favorise de ce fait l'appropriation du système de soin et de prévention par les habitants de la commune. L'association X est donc particulièrement au fait des différentes structures de prise en charge médicale et des programmes que celles-ci mettent en place. Forte de cette connaissance, elle intègre à ses propres programmes des acteurs qu'elle identifie comme susceptibles d'être intéressés. Le Comité départemental olympique et sportif a ainsi été intégré à un programme de marche nordique, co-animé par l'association X et l'EPT.

L'association Sport-Santé est davantage focalisée sur la sensibilisation à l'activité physique adaptée et propose des cycles et des défis afin de favoriser l'accès et la pratique sportive sur l'ensemble de la commune. C'est une des nombreuses associations partenaires de la commune. Enfin, une autre association revêt une importance particulière pour la commune A, l'association Y³⁰⁸ qui elle agit au niveau de l'offre de soin. Il s'agit d'un centre médical mis en place dans un quartier de la commune dans un souci d'apporter une réponse territorialisée aux besoins des habitants en matière de santé. L'équipe compte des médecins généralistes qui mènent des consultations médicales et organisent des ateliers collectifs de sensibilisation à la nutrition.

Alors que l'offre de soin est souvent perçue comme distincte et distante de la santé publique, sur la commune A les prescripteurs sont très mobilisés sur ces questions. À titre d'exemple, la section « Ville et Santé » de la municipalité communique régulièrement avec le centre hospitalier de la commune, notamment le service en chirurgie bariatrique. Le chef de ce service hospitalier se considère d'ailleurs comme un acteur clé dans la prévention nutritionnelle et s'implique dans les dispositifs de réflexion autour de la santé publique.

La commune A présente ainsi un réseau de santé publique locale à la fois étendu et dense, avec un large éventail d'acteurs impliqués au sein de chaque secteur, au sein de l'administration publique ainsi que du monde associatif, libéral ou hospitalier. La coordination entre ces acteurs passe aussi par la mise en place et le suivi de programmes. Un exemple parlant est celui de la relation entre les diététiciens employés par la commune et les infirmiers scolaires. C'est dans le cadre du programme « Nutri-Mobile », qui consiste en des ateliers de sensibilisation à la nutrition destinés à des élèves de CE2, que le dialogue s'est établi entre ces deux types d'acteurs. Suite à la réalisation de ces ateliers, les diététiciens ont incité les infirmiers à perpétuer cette action dans leurs établissements. Le bilan effectué sur cette action « Nutri-Mobile » a été l'occasion d'inviter les infirmiers à échanger sur le sujet. Les diététiciens ont alors pu constater que ces infirmiers étaient très réceptifs aux actions de prévention, mais manquaient de moyens de s'investir puisque cela ne constituait pas leur cœur de métier. Les diététiciens de la commune A organisent donc depuis septembre 2019 une réunion annuelle avec les infirmiers des établissements scolaires de la commune. Le service en santé nutritionnelle est également présent lors de ces réunions afin de présenter ses actions et ses moyens d'intervention. L'un des diététiciens à l'origine de cette initiative témoigne : « *avant l'instauration de cette réunion annuelle, il avait peu de sollicitations directes de la part des*

³⁰⁸ Nom anonymisé

infirmiers, tandis qu'après la réunion de septembre 2020, trois d'entre eux sont venus me voir afin de discuter de potentiels projets en santé nutritionnelle ».

La création et l'entretien du réseau d'acteurs locaux de santé publique passent donc par des programmes mis en œuvre, mais aussi par des dispositifs régionaux actifs tels que les ateliers santé ville. Sur la commune A, ces dispositifs de mise en réseau sont particulièrement développés notamment, car des postes et des structures y sont dédiés. L'une des missions du poste de chef de projet en santé nutritionnelle à la commune est ainsi de construire des dispositifs ou d'intégrer ceux existant pour promouvoir les questions de nutrition. Ce chargé de mission pilote également l'ASV de la commune ainsi que certains axes du CLS : l'alimentation, l'activité physique et la santé bucco-dentaire. Entre ces missions d'organisation et d'animation de dispositifs de coordination telles que l'ASV et la charge de diffuser la thématique de la nutrition, ce chef de projet mobilise quotidiennement les professionnels de santé sur le terrain et assure par la même occasion leur mise en relation. C'est par exemple ce chargé de mission qui a orchestré la mobilisation des membres de l'ASV autour du projet de diagnostic de l'EPT en vue de l'élaboration du Plan local de déplacement intercommunal. C'est aussi cette même personne qui, en invitant un chirurgien en bariatrie à l'un des ASV, a marqué le début de l'implication de ce chirurgien dans le domaine de la prévention. L' élu à la santé de la commune entretient un dialogue régulier avec ce chef de projet qui, par sa connaissance approfondie des dispositifs territoriaux de santé, est amené à informer l' élu régulièrement.

La coordination entre différents acteurs de la santé est à la fois un moyen et une fin pour la commune A. Alors que les organigrammes des directions locales de santé existantes en Île-de-France suggèrent une séparation organique de l'offre de soin et de la santé publique, la commune A possède une posture particulière, celle de concevoir les deux dimensions comme intrinsèquement liées. L'établissement d'une coordination solide entre différents types d'acteurs issus du soin et de la prévention est donc à la fois le résultat de ce cadrage particulier de la santé publique et l'objectif même de cette démarche. Ce cadrage de la santé publique n'est pas anodin dans le paysage politique et institutionnel local. Le travail d'entretien mené auprès des acteurs de la commune A a révélé leur « problématisation » des questions de santé publique. Ils considèrent que l'efficacité des interventions médicales repose sur un changement des habitudes de la population sur le long terme et qu'un accompagnement pédagogique est nécessaire pour assurer des missions de prévention. La section « Ville Santé » est ainsi fortement influencée par ce cadrage de la santé. L'un des chefs de projet estime ainsi que les parcours de soin sont pensés « à l'envers » : *« on se dit il faut d'abord soigner, or il faut commencer par la prévention puisque c'est comme ça qu'une offre trouve son public »*. Cet enquête prenait l'exemple suivant pour illustrer son propos : si un hôpital de jour ouvre ses portes, avec une offre spécialisée dans les questions de surpoids et des risques pour les femmes enceintes, il faut créer une dynamique autour de cette structure et communiquer sur son action pour que cette offre rencontre la demande. C'est donc un travail de sensibilisation et de prévention qu'il faut faire pour soutenir cette nouvelle proposition de soin. Le travail de prévention consiste donc en partie à assurer cette coordination et d'aiguillage afin d'intégrer pleinement la promotion à l'offre de soin.

Plus largement, l'idée est que tous les professionnels de santé en contact avec les patients ont un rôle à jouer dans la promotion de la santé. Cela rejoint le mot d'ordre des « parcours de soins » promu par l'ARS dans une logique de décloisonnement des champs de la prévention³⁰⁹. Cette notion est d'ailleurs largement mise en œuvre dans la commune A, qui cherche à tisser un maximum de liens entre tous les professionnels en contact avec les populations cibles.

Analyse transversale

Pour mesurer le degré de déploiement et d'efficacité des politiques locales étudiées en matière de santé publique, les auteurs du rapport ont développé une grille d'analyse présentée dans le tableau ci-dessous.

Dimensions observées	Critères d'évaluation	Exemple
Ampleur des politiques locales	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de programmes mis en œuvre 	Certaines communes étudiées développent de nombreux programmes de santé publique sur différentes thématiques (alimentation, activité physique, urbanisme, éducation, santé mentale, etc.) quand d'autres n'en développent qu'un seul.
	<ul style="list-style-type: none"> • Thématiques abordées dans les programmes mis en œuvre 	
Articulation des programmes de santé publique	<ul style="list-style-type: none"> • Isolement ou multiplicité des programmes 	La ville A présente une série de programmes qui sont articulés les uns aux autres par des dispositifs de coordination, prolongeant ainsi des programmes déjà développés par le passé ; a contrario les communes B et C développent des programmes de manière isolée, sans que ces programmes soient pensés dans une logique globale de santé publique. Ces derniers répondent le plus souvent à des appels à projets pour les financer.
	<ul style="list-style-type: none"> • Cloisonnement ou articulation des programmes 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Cumulativité des programmes 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Durée de mise en œuvre des programmes 	La « maturité » des programmes de santé publique est à la fois un facteur et

³⁰⁹ ARS, Article « L'organisation des parcours de soins, de santé, de vie », 2 octobre 2018

Pérennité des politiques locales	<ul style="list-style-type: none"> ● Institutionnalisation des programmes 	une conséquence de réussite de ces programmes. Elle est aussi le signe de la structuration d'un réseau pérenne d'acteurs et d'une action de longue durée sur des déterminants de santé publique.
	<ul style="list-style-type: none"> ● Reconduction des programmes 	
Efficacité des politiques locales de santé publique	<ul style="list-style-type: none"> ● Degré de couverture de l'action, territ (territoire, populations) 	Il est délicat de procéder à une telle mesure sans prendre en compte les caractéristiques des populations et des territoires traités par ces politiques locales de santé publique. Il serait cependant possible de s'appuyer sur les diagnostics de santé présents dans les Contrats locaux de santé ou sur les données de l'Observatoire régional de santé pour estimer ce type de critères, soit en comparant les villes entre elles, soit en comparant les états de santé d'une même ville dans le temps.
	<ul style="list-style-type: none"> ● Outputs (amélioration, détérioration ou maintien des indicateurs de santé en lien avec le programme) 	
	<ul style="list-style-type: none"> ● Outcomes (intégration sociale, lutte contre les inégalités, la précarité, etc.) 	

Le degré d'aboutissement d'une politique de santé se mesure certes à travers une conception intelligente des programmes en prises avec les enjeux du terrain et adaptables aux préconisations des évaluations, mais également à travers le niveau de complexité du réseau constitué et de complémentarité des acteurs formés. La logique de parcours symbolise ces passerelles créées par les programmes de santé pour permettre à la population de passer d'un professionnel à l'autre de manière avertie et autonome. La population peut ainsi améliorer plusieurs aspects de sa santé avec l'aide de professionnels à la fois de santé, mais également hors du domaine médical. Ces passerelles permettent de mettre en œuvre le lien entre offre et promotion de la santé. La formation des acteurs de santé consiste principalement à s'assurer qu'ils ont toutes les informations sur les programmes en cours et sur le réseau d'acteurs à disposition des patients. Ces passerelles existent principalement grâce au bouche-à-oreille interprofessionnel. Ces passerelles sont d'autant plus efficaces que le réseau de santé local est développé. Ainsi, dans un premier temps, il est important de coordonner les professionnels de santé d'un territoire.

Plusieurs freins se dressent face à la constitution d'une communauté de professionnels de santé efficace qui mêle offre de soin et promotion de la santé. Concernant le système de prescription d'activité physique par exemple, ce système repose sur le volontariat des médecins. Le métier étant déjà éprouvant, le médecin volontaire doit être fermement convaincu pour prendre le temps de démontrer les bienfaits de l'activité physique à ces patients. Cette conviction semble découler de l'expérience personnelle et est donc difficile à généraliser. Un médecin de la commune D assure

néanmoins que le frein majeur pour le développement du rôle des médecins dans la promotion de l'activité physique n'est pas le temps, mais bien la bonne connaissance du programme, de ces bénéfices et de la confiance dans le futur suivi. Il faudrait donc transmettre plus clairement et systématiquement les informations des programmes en cours. Par ailleurs, le médecin référent du système « Prescri'forme » de la commune C affirme que les études de médecine n'enseignent que très peu les bienfaits de la prévention. Les professionnels de santé sont formés exclusivement à prodiguer des soins. Il évoque une culture anglo-saxonne différente pour qui la culture de prévenir tente de pallier les coûts exorbitants de guérir.

La sensibilisation des acteurs locaux aux questions de santé publique peut également passer par leur expérience directe de la question. La commune C a par exemple mis en place une offre d'activités sportives auprès des agents de la ville. Ils peuvent bénéficier d'une heure de sport tous les jours sur le temps du midi. D'après l'élu au sport, on observe ainsi une diminution des arrêts de travail et une amélioration de la cohésion interservices. L'objectif est de prouver aux agents les bienfaits de l'activité physique quotidienne pour qu'ils intègrent la promotion de la santé dans leur domaine respectif.

L'efficacité des réseaux de santé dépend aussi de la disponibilité et de la qualité des informations dont disposent les acteurs s'agissant d'une thématique de santé particulière ou des besoins sur leur territoire. Le recours aux diagnostics des CLS est particulièrement mentionné. Les EIS, quand elles sont menées, sont aussi la source de nombreuses informations relatives au déploiement de la santé publique localement. Enfin, les associations et les partenaires opérationnels des villes constituent aussi des sources d'informations précieuses sur les besoins des populations. Leur consultation permet parfois de redimensionner ou de rediriger une action publique menée localement.

Enfin, on note l'importance à l'intérieur des municipalités de maintenir les mêmes acteurs en poste afin d'assurer une continuité entre les différents cadrages de la santé publique. L'expérience fournit aussi une solide connaissance du terrain et une identification des problématiques locales. Cette connaissance ne peut se construire qu'à force d'observations et de dialogues avec les professionnels de santé, les éducateurs ou les associations qui permettent de faire remonter des problématiques du terrain. C'est une construction sur le temps long, qui assure non seulement la cohérence des politiques locales avec les réalités territoriales, mais également la participation d'un réseau large et inclusif à la co-construction des politiques locales de santé publique. Pour maintenir les professionnels à leurs postes et ainsi assurer la pérennité du réseau d'acteurs, la question de l'évolution des financements est cruciale. Une absence de croissance des financements sur plusieurs années semble être le principal frein à la pérennisation de réseau d'acteurs. Aussi le fort *turn-over* des professionnels déstabilise les mécanismes de mise en réseau et bouscule la stabilité des dispositifs, c'est obstacle fréquemment évoqué lors des entretiens dans les quatre communes étudiées.

Pour finir, le rôle de l'ARS a été souligné par des nombreux acteurs sur le terrain. Les délégations départementales ont en particulier une importance cruciale en ce qui concerne cette animation locale. Elles sont de véritable soutien méthodologique pour les porteurs de projet, en leur permettant un appui méthodologique qui s'apparente à un appariement entre les projets qu'ils souhaitent faire

émerger et les financements disponibles. On peut citer les appels à projets pour les Centres référence-ressources « Prescri'forme » qui procurent un financement aux porteurs de projets, ainsi qu'un appui méthodologique via le dialogue avec les délégations départementales de l'ARS. Cette relation matérialisée par un échange entre porteurs de projet (très souvent les communes) et les délégations départementales conduit à un meilleur appariement entre le projet et les ressources disponibles. C'est en quelque sorte un terrain fertile à la création de projets, rigoureusement calibrés au regard des cahiers des charges des appels à projets. Les délégations départementales sont une réelle plus-value pour les porteurs de projet en ce qu'elle est un soutien à la création et au renouvellement de projets. Elle permet à l'ARS d'avoir un regard global sur la santé locale. L'ARS est cependant parfois « victime » de son image de financeur et peine à faire valoir sa grande capacité, notamment via ses délégations départementales, à animer et appuyer techniquement les porteurs de projets.

Conclusion

L'analyse déployée dans quatre communes franciliennes sur leurs actions de santé publique a permis de mettre en lumière deux manières de développer des politiques locales de santé. Les communes B et C développent une approche par programmes, où les acteurs locaux suivent des directives régionales et mettent en œuvre en petit comité les actions insufflées par ces directives. Les communes A et D élaborent leurs actions de santé publique grâce à leur réseau d'acteurs constitué et dont les rendez-vous de concertation sont réguliers. Grâce à une grille d'analyse, ces deux approches ont pu être comparées quant à leur efficacité. Il est apparu qu'un projet basé sur un réseau local est non seulement plus efficace, mais également plus résilient. En effet, les politiques locales de santé publique les plus soutenues et abouties sont le fait d'un réseau d'acteurs développé, dont les membres sont issus de différents corps professionnels ayant un contact direct avec les habitants et une connaissance empirique des problématiques territoriales. Lorsque ces acteurs se concertent pour mettre en commun leurs expertises dans leurs domaines d'intervention respectifs, on remarque que les programmes mis en œuvre sont plus efficaces et pérennes. En premier lieu parce qu'ils ont été conçus pour répondre à un besoin concret verbalisés par les habitants, ensuite parce que les habitants ont pris connaissance de l'offre par le biais d'intermédiaires impliqués. De plus, lorsque la thématique de la santé publique a une légitimité d'un point de vue politique et territorial, les programmes mis en place font plus facilement l'objet d'évaluations et d'études de terrain, qui contribuent alors à les enrichir. Les secteurs mobilisés sur ces enjeux se diversifient, ce qui élargit le champ de la santé publique sur la commune.

Un autre point saillant de ce rapport est le rôle particulier qu'occupe la commune A dans le paysage de la santé publique sur le territoire. Elle se distingue en effet des autres communes par l'ancienneté de ses engagements sur les enjeux de santé publique, par les budgets qu'elle y consacre, par le nombre et la diversité des programmes qu'elle met en œuvre et par la diversité des acteurs médicaux et médico-sociaux qu'elle réussit à mobiliser autour de ces programmes. À bien des égards, cette commune constitue une « vitrine » des politiques locales de santé publique. Les acteurs interrogés, que ce soit dans la commune ou au sein de l'ARS, ont conscience de ce

caractère exemplaire et il n'est pas rare que les élus ou les administrations d'autres communes se rendent sur place pour « tirer les leçons » de l'expérience de la commune A et la transposer à leur commune. La monographie menée dans cette commune révèle cependant le « prix » de cette vitrine. Aux budgets consacrés par la commune s'additionnent les nombreux financements externes provenant de l'ARS, de la CPAM ou d'autres organismes de santé. La commune A dispose d'une solide expertise en matière de réponse à des appels à projets. Elle entretient aussi une relation partenariale forte avec la délégation départementale de l'ARS qui l'accompagne et la finance sur de nombreux projets expérimentaux. Si la commune A donne à voir un cercle « vertueux » de l'investissement dans la santé publique, grâce auquel l'investissement de la mairie et des acteurs associatifs attire l'investissement des financeurs et inversement, les modalités d'enclenchement d'une telle dynamique dans des villes moins équipées en ressources humaines, soutien politique ou expertise de réponse aux appels à projets restent à explorer.

Enfin, le rapport rappelle le rôle fondamental que jouent l'ARS et ses délégations départementales dans la stimulation et le renforcement de réseaux locaux de santé publique. La mise en réseau et le financement régulier de programmes sont deux modalités d'action de l'ARS qui renforcent les politiques de santé locales. De ce point de vue, deux questions peuvent animer les débats à l'ARS dans l'objectif de favoriser le développement de politiques locales de santé publique : dans quelle mesure le financement et l'accompagnement de programmes thématiques ponctuels et expérimentaux peuvent conduire à l'émergence ou à la consolidation de politiques locales de santé publique cohérente ? Est-il donc préférable d'investir massivement dans quelques collectivités locales « vitrines » en misant sur une dissémination de ces politiques aux collectivités voisines ou de répartir les investissements entre toutes les communes, afin d'enclencher des réflexions plus globales de santé publique dans ces communes ?

ANNEXE 2

RÉSUMÉ DU RAPPORT « PROMOUVOIR LA SANTÉ PUBLIQUE », 2021

Promouvoir la santé publique : Contribution à l'évaluation du Projet Régional de Santé 2018-2022 de l'ARS Île-de-France, 2021, rapport final d'étudiants Master Stratégies Territoriales et Urbaines de l'école d'urbanisme de ScPo Paris, 119p.

Louise Barbier, Artur Frantz, Hélène Hoarau et Marlène Zadrozynski, sont les étudiants auteurs de ce rapport.

Objet et méthodologie du rapport

Ce rapport dresse un panorama des interventions et des initiatives conduites par les collectivités territoriales de la région Île-de-France en matière de santé publique. Il traite en particulier des actions menées en termes de nutrition et d'aide alimentaire, de promotion des activités physiques et sportives et d'urbanisme favorable à la santé. L'étude prend en considération la diversité territoriale de la région, les inégalités qui la traversent et les différents échelons institutionnels qui la structurent pour étudier la diversité des actions entreprises dans les champs mentionnés.

Pour mener à bien ce panorama, trois phases d'enquête ont structuré ce travail :

- La phase exploratoire s'est déroulée de novembre à décembre 2020. Elle a consisté en l'élaboration d'une revue de la littérature — grise et académique — au sujet des politiques territoriales de santé publique. À cela se sont ajoutés neuf entretiens exploratoires, conduits auprès d'une diversité d'acteurs impliqués dans les domaines relatifs à l'axe 5 du PRS 2, et ce dans l'ensemble des territoires franciliens. Cette phase préparatoire avait pour but de construire un questionnaire à destination des collectivités territoriales sur leurs actions en santé publique et de constituer un panel de répondants.
- Une deuxième phase consacrée au recueil de données s'est étendue de janvier à avril 2021. Elle a consisté en l'administration d'un questionnaire auprès d'acteurs engagés dans la santé publique locale sur tout le territoire de l'Île-de-France. Subséquemment à l'envoi du mail d'invitation au questionnaire aux 727 contacts identifiés, environ 400 appels de relance ont été effectués. En parallèle, une enquête qualitative a été menée sur la base d'entretiens réalisés auprès de collectivités et d'acteurs associatifs. L'objectif était de décrire certaines initiatives locales qui émergent dans les différents champs couverts par l'étude, dans la

perspective de confirmer, d'infirmier ou d'illustrer certaines tendances qui se dégagent du questionnaire.

- La troisième phase menée d'avril à mi-juin 2021 a porté sur l'analyse des données collectées, ainsi que sur le travail de rédaction du rapport final. Au total, 102 personnes ont répondu au questionnaire et 32 entretiens ont été conduits en comptant les entretiens exploratoires.

Composition et administration du questionnaire

Le questionnaire administré aux collectivités territoriales d'Île-de-France se compose de 6 sections et de 62 questions :

- 1) L'introduction vise à obtenir des renseignements d'ordre général sur la collectivité dans laquelle le répondant travaille ou est élu. Il s'agit de recueillir le type de collectivité (hors ou non de la Métropole du Grand Paris, EPCI ou non, EPT...), le nombre d'habitants et la densité de population, le profil des répondants, le département d'intervention ainsi que le niveau de revenu médian, et la présence de QPV dans la collectivité.
- 2) La deuxième section a pour objectif de recueillir des informations détaillées sur les initiatives mises en place dans la collectivité sur les thèmes de nutrition, d'aide alimentaire, d'activité physique et d'urbanisme favorable à la santé.
- 3) La troisième section interroge la présence d'un Atelier Santé Ville et d'une Maison de Santé dans la collectivité. Elle renseigne également si la collectivité s'est dotée d'un contrat local de santé.
- 4) La quatrième section vise à renseigner sur les initiatives d'urbanisme favorable à la santé, sur la mise en place d'Évaluation d'Impact sur la Santé, ainsi que sur l'intégration des questions de santé dans le Plan local d'Urbanisme (intercommunal).
- 5) La cinquième et la sixième sections interrogent les ressources utilisées par les collectivités pour la mise en place d'actions dans les trois champs étudiés. Elles renseignent également sur la connaissance et l'opinion portée sur le PRS 2, ainsi que sur la lisibilité de l'action de l'ARS en termes de santé publique. Enfin, elles questionnent l'importance pour les acteurs et actrices de tisser des liens entre pairs.
- 6) Une partie conclusive vise à recueillir l'opinion des répondants sur les leviers et les obstacles à la mise en place d'actions et de dispositifs pour encourager l'alimentation saine (en qualité et quantité), l'activité physique et sportive, ainsi que l'urbanisme favorable à la santé.

Ce questionnaire a été administré à un panel de répondants constitué de 702 collectivités territoriales en région Île-de-France. Ce panel comprend le Conseil régional, les Conseils départementaux, les 51 Établissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) hors de la Métropole du Grand Paris, les 11 Établissements Publics Territoriaux (EPT) de la Métropole du Grand Paris, la Ville de Paris et ses 17 mairies d'arrondissements. Ont également été intégrées

toutes les communes de plus de 50 000 habitant.es, 75 % des communes de 20 à 50 000 habitants et 75 % des communes de 5 à 20 000 habitants. Les communes de moins de 5 000 habitants ont été exclues en grande couronne. Pour chacune de collectivité territoriale ciblée une recherche a été effectuée afin d'établir la liste de contacts d'élus, de chargés de mission, de coordinateurs de CLS et de membres des services techniques auxquels serait envoyé le questionnaire sous forme digitale.

Malgré le travail de relance effectué, un nombre important de personnes contactées n'a pas répondu au questionnaire et le taux de réponse final au questionnaire s'est établi à 13,9 %. Plusieurs hypothèses peuvent éclairer ce résultat. Premièrement, les auteurs du rapport signalent qu'il a été difficile de cibler les destinataires pour l'envoi sous forme digitale du questionnaire. L'appel téléphonique systématique auprès des collectivités aurait été, selon eux, une stratégie plus fructueuse qu'une recherche internet laborieuse et approximative pour obtenir des coordonnées précises. Deuxièmement, la conjoncture d'alors caractérisée par la recrudescence d'activités liées à la lutte contre la pandémie de la Covid a limité le temps accordé par les acteurs ciblés à la réponse d'un questionnaire, au demeurant assez long. Enfin, le taux de réponse obtenu met en évidence des facteurs structurels concernant la place de la santé publique dans l'action des collectivités. D'une part, ces dernières ne disposent pas toujours d'élus directement en charge de ces thématiques ; d'autre part, l'investissement ou l'intérêt des collectivités territoriales pour les questions de santé publique est très inégal sur le territoire.

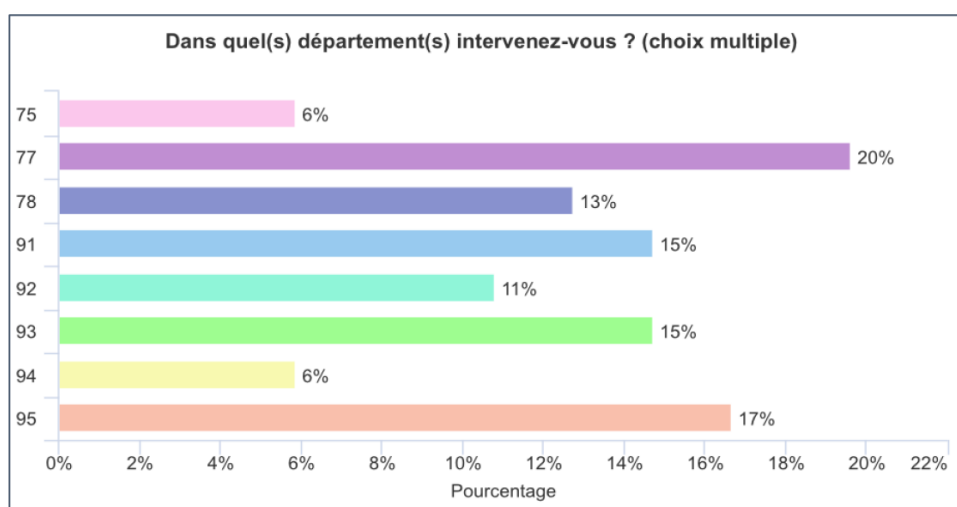
Profils des répondants

Sur les 102 collectivités territoriales ayant répondu au questionnaire, 48 % sont des communes de la Métropole du Grand Paris, et 40 % des communes extérieures à cette Métropole. On constate un faible taux de réponse des conseils départementaux (2 %) et une absence de réponse de la part du conseil régional.

La répartition des acteurs ayant répondu, selon la taille des communes, est relativement équilibrée. 25 % appartiennent à des communes de plus de 50 000 habitants, 34 % appartiennent à des communes de 20 000 à 50 000 habitants et 38 % font partie d'une commune de 5 à 20 000 habitants.

Parmi le profil des répondants, on note une majorité d'élus (45 %), puis des coordinateurs de programmes ou des chargés de mission (26 %) et enfin des directeurs de services (24 %).

Le graphique suivant fait état de la répartition géographique des répondants. On peut souligner le faible taux proportionnel de réponse de la part des acteurs du département du Val-de-Marne (94). Cette situation peut traduire les propres difficultés des enquêteurs à atteindre ces acteurs ou bien une moindre densité d'acteurs ou d'actions en santé publique dans ce département.



N = 102

Enfin, les répondants au questionnaire interviennent majoritairement dans des territoires urbains et densément peuplés (56 %). Par ailleurs, les collectivités très au-dessus de la moyenne régionale en termes de revenu médian ont moins répondu à notre questionnaire (15 %). De plus, parmi les collectivités répondantes, une majorité comporte au moins un quartier de la géographie prioritaire de la Politique de la ville (58 %).

L'inégale implication des collectivités territoriales en matière de santé publique

En étudiant les résultats du questionnaire, on constate un degré très variable d'implication des collectivités territoriales enquêtées en matière de santé publique. Plusieurs facteurs expliquent cette inégale implication.

Manque de lisibilité dans gouvernance locale de la santé publique

De manière générale, l'offre de santé publique est perçue comme peu lisible, peu cohérente et pas assez suffisante pour une majorité des répondants. Ainsi sur le terrain, de très nombreux acteurs interviennent dans le champ de la santé publique au sens large, mais leurs interventions apparaissent peu coordonnées, en partie parce qu'elles suivent les orientations stratégiques de ministères différents. La plupart des acteurs locaux n'ont pas la compétence d'action dans le champ de la santé, mais il leur est néanmoins demandé d'impulser des actions de promotion de la santé et de se saisir des financements d'appel à projets pour inscrire la santé dans leurs politiques locales par exemple. Cette gouvernance apparaît complexe et contradictoire pour les collectivités territoriales et crée une certaine rigidité et une inertie lors de la mise en place d'actions. Ainsi, la gouvernance multiscalaire de l'action en matière de promotion de la santé et de diffusion de la santé dans toutes les politiques publiques se caractérise, selon les résultats obtenus, par son manque de

lisibilité et d'ampleur. Cette confusion sur la répartition des compétences peut être à l'origine d'une partie de l'inégale implication des collectivités en matière de santé publique.

Facteurs structurels propres aux collectivités territoriales

Lors de l'analyse des résultats du questionnaire, il est apparu que la taille des communes, leur revenu médian et le fait d'avoir des quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) sont aussi des facteurs explicatifs de l'implication plus ou moins forte des collectivités en matière de nutrition, d'aide alimentaire, d'activité physique et sportive ou d'urbanisme favorable à la santé. Le fait d'appartenir ou non à la Métropole du Grand Paris ou la distinction par département ne sont pas apparus comme des facteurs discriminants contrairement à la taille des communes. En effet, 67 % des répondants issus de communes de plus de 50 000 habitants mettent en place des ateliers de prévention santé contre seulement 6 % des communes entre 5 000 et 20 000 habitants. De même, plus une commune est peuplée, plus elle est susceptible d'avoir mis en place une démarche d'urbanisme favorable à la santé et plus son PLU est susceptible d'intégrer des enjeux de santé. Concernant le critère de revenu des collectivités, on relève deux types de tendances. D'une part, les collectivités les plus aisées bénéficient de plus de latitude pour mettre en œuvre des initiatives améliorant la qualité environnementale : 80 % des répondants issus de ces collectivités aisées déclarent combattre les pollutions sonores et un taux similaire déclare travailler à l'amélioration du confort climatique. Dans les collectivités ayant un revenu significativement en deçà de la moyenne régionale, 50 % des répondants déclarent mettre en œuvre des actions dans le premier domaine cité, 67 % dans le second. D'autre part, les collectivités les plus précaires semblent plus mobilisées sur les questions de nutrition, de promotion des activités physiques et d'aide alimentaire. Par exemple, 95 % des répondants de ces communes déclarent mettre en place des dispositifs en faveur de la nutrition, contre seulement 67 % des répondants issus de territoires aisés. De manière générale, les résultats du questionnaire montrent que les démarches d'urbanisme favorable à la santé et d'évaluation des impacts sur la santé demeurent très marginales. Ainsi, parmi les répondants, seuls 5 % ont mis en place une EIS, et 10 % en ce qui concerne les démarches d'UFS. De fait, une majorité de répondants (55 %) ne connaissent pas les démarches d'UFS.

Une participation inégale aux appels à projets de l'ARS

Un autre élément explicatif de l'inégale implication des collectivités en termes d'actions de santé publique relève de facteurs organisationnels et financiers. En effet, l'action de l'ARS repose sur un mode de financement des collectivités territoriales et des associations par « appels à projets ». Il s'agit d'encourager ou d'inciter les collectivités à se saisir des enjeux de santé publique, dans un cadre prédéfini par l'ARS. Les collectivités territoriales ou associations rédigent ainsi un dossier de candidature pour répondre à ces appels, puis sont sélectionnées ou non selon la conformité et la pertinence du projet proposé. Cette sélection permet aux collectivités territoriales d'obtenir un label, un financement, ou encore un accompagnement technique. Ce modèle d'appels à projets requiert de l'expérience et de l'expertise de la part des agents pour traduire les projets de leur collectivité territoriale en candidature, et ce dans le cadre d'une procédure précise et standardisée. Les collectivités de plus grandes tailles et celles comptant des QPV apparaissent davantage au fait de ce système d'appels à projets. Au niveau des QPV, 19 % des collectivités comptant des quartiers

prioritaires de la ville sont labellisées dans le champ de la santé publique, alors qu'elles ne sont que 3 % à l'être pour les autres. Elles ont par ailleurs une meilleure connaissance des labels existants en matière de santé publique. Au niveau de la taille de la commune, 36 % des communes de plus de 50 000 habitants sont labellisées dans les champs de la santé publique, quand cela ne représente que 10 % dans les communes entre 20 000 et 50 000 habitants, et 3 % pour les communes en dessous de 20 000 habitants. Par ailleurs, si ce système d'appels à projets permet d'obtenir des financements pour certaines activités de santé publique, il met aussi en compétition les collectivités territoriales pour la répartition des fonds publics en matière de santé sur les territoires. Cette logique d'appels à projets repose ainsi l'amoindrissement et l'instabilité des ressources disponibles dans les collectivités territoriales pour couvrir les champs de la santé publique. Par ailleurs, le principe de sélection de certaines collectivités territoriales s'oppose au principe de diffusion généralisée de la santé dans toutes les politiques publiques. De manière générale, il apparaît que les actions en prévention-santé des communes dépendent de plus en plus des financements par appels à projets, tandis que les enveloppes budgétaires sont plutôt à la baisse. Toutefois, les enquêtés signalent quelques points positifs de ces appels à projets, ils permettent notamment de cibler et d'orienter les financements, mais aussi de diffuser une culture commune sur de nouvelles orientations de santé publique.

Facteurs conjoncturels et politiques

L'inégal dynamisme des acteurs locaux en matière de prévention et de promotion de la santé dans les champs de la nutrition, de l'activité physique et de l'UFS s'explique aussi par des initiatives purement individuelles. Puisque les collectivités territoriales n'ont ni compétence en matière de santé, ni d'obligation réglementaire dans le domaine, les initiatives relèvent parfois uniquement de l'impulsion d'acteurs particuliers, qu'ils soient élus, agents de collectivités territoriales ou acteurs sur le territoire.

Les leviers favorables à la mobilisation des collectivités territoriales

L'étude approfondie d'actions pertinentes sur les territoires enquêtés met en lumière des outils et des leviers efficaces pour améliorer l'action publique dans les différents champs investigués. Parmi eux figure la capacité à encourager l'autonomie des bénéficiaires et à cibler des publics spécifiques, ainsi que les efforts pour diffuser les bonnes pratiques. Afin de renforcer ces initiatives, les acteurs et actrices de terrain formulent des attentes qui sont autant de leviers possibles à activer pour les pouvoirs publics et pour l'ARS en particulier.

Au cours de l'enquête, plusieurs initiatives se sont distinguées par la manière dont elles concevaient l'action de promotion de la santé comme une porte d'entrée à partir de laquelle elles cherchaient à apporter un accompagnement social plus large ou à rediriger efficacement des personnes vers des soins médicaux appropriés. Ce constat est particulièrement valable pour les associations d'aide alimentaire ou de promotion de l'activité physique. Le responsable d'une épicerie solidaire soulignait par exemple que les bénéficiaires de cette épicerie venaient également pour pouvoir utiliser un

ordinateur, un scanner ou simplement pour discuter. Ainsi, il considérait que le rôle de son association était aussi « d'attirer » des personnes dans la précarité pour pouvoir ensuite les rediriger vers d'autres services. Cette idée se retrouve également dans l'action du Secours Populaire, ainsi que le résumait deux de ses membres de l'antenne nationale : « *Notre travail c'est les solidarités au sens large, mais l'activité de banque alimentaire c'est vraiment une porte d'entrée pour le reste* ». Il s'agit, pour ces bénévoles du terrain, de mieux prendre en compte les opportunités qu'offre le travail d'aide alimentaire au-delà de la distribution de denrées, par exemple pour lancer des actions de santé publique performantes en faveur de la nutrition. De plus, certains espaces comme l'école peuvent constituer des portes d'entrée pour sensibiliser et approfondir la prévention santé. Ainsi s'appuyer sur les acteurs qui se saisissent des opportunités que le champ de la santé publique peut ouvrir est un levier d'amélioration de la santé globale des populations.

Les acteurs interrogés évoquent pour la plupart un sous-financement des projets de prévention et de promotion de la santé et un manque de moyens opérationnels sur le terrain, que ce soit en termes de ressources humaines, de formations ou de dispositifs mobilisables. Les répondants au questionnaire considèrent ainsi que les principaux leviers pour améliorer la prise en compte des enjeux de santé publique sont l'augmentation des moyens humains et financiers dédiés à l'échelle locale (respectivement 76 et 73 %).

Il existe aussi des besoins spécifiques aux trois thématiques de santé publique ciblées dans ce rapport. Concernant l'aide alimentaire, par exemple, on note que les associations d'aide alimentaire ont peu de marge de manœuvre pour investir les enjeux de nutrition, dans la mesure où elles sont très souvent tributaires des denrées reçues. Cependant, certains entretiens montrent qu'elles souhaitent proposer une alimentation davantage équilibrée et biologique si possible. Ces associations souhaitent ainsi mettre en œuvre des solutions innovantes à ce sujet comme le déploiement de chèques alimentaires ou de groupements d'achats. Concernant l'urbanisme favorable à la santé, 54 % des répondants expliquent ne pas mettre en place ces démarches, faute de ressources humaines, de ressources financières ou de manque de temps. Les entretiens menés avec des acteurs engagés dans ces démarches témoignent globalement d'un fort enthousiasme à l'égard des démarches d'UFS ou d'EIS. Cet enthousiasme est cependant freiné par un manque de ressources : le levier financier est largement mis en avant par l'ensemble des acteurs enquêtés.

De manière générale, les acteurs ont aussi fortement manifesté leur besoin d'échanger avec leurs pairs, de communiquer sur leurs pratiques et d'avoir des espaces communs de ressources. Aussi, le questionnaire révèle un besoin de rendre plus lisibles la répartition des compétences et l'action de l'ARS, ainsi que de donner des compétences concrètes aux collectivités territoriales.

Conclusion

À l'issue du panorama des actions et des projets mis en œuvre dans la région dans ces différents domaines de la santé publique (aide alimentaire, activités physiques et UFS), il est possible de conclure que les collectivités territoriales ont partiellement et inégalement intégré les orientations de

l'axe 5 du PRS 2. Les initiatives demeurent ponctuelles et soulèvent des défis de coordination dans une architecture institutionnelle complexe. Toutefois les acteurs en santé portent des initiatives à essaimer et proposent des leviers d'action à saisir.

Plusieurs éléments expliquent l'implication diverse des acteurs locaux en matière de santé publique. D'abord, l'action en santé publique apparaît peu lisible et sa gouvernance demeure complexe. Les actions en matière de santé s'insèrent ainsi dans une multitude d'orientations édictées par différents plans nationaux ou régionaux, construits par différentes institutions et qui ne se répondent pas toujours. Ensuite, les collectivités n'ayant pas de compétence directe en matière de santé, celles-ci participent d'une gouvernance plus large associant de nombreux partenaires afin de construire, conduire, valoriser et évaluer les actions mises en œuvre. À cet effet, des outils de coordination comme les CLS ont été proposés par l'ARS, mais ces derniers restent à l'initiative des collectivités et nécessitent un lourd accompagnement méthodologique. D'autres facteurs explicatifs ont été mis en évidence pour expliquer l'investissement différencié des collectivités territoriales : la taille des collectivités, leurs moyens financiers et humains ou la présence de QPV en leur sein leur permettant de lever d'autres types de financements et de bénéficier d'ingénierie de projet. Ce mode de financement comporte le risque de mettre en compétition les collectivités. De surcroît, les initiatives locales en matière de santé émergent souvent de volontés individuelles qu'elles soient politiques ou relevant des services.

De nombreuses collectivités territoriales mettent en place des initiatives innovantes dont il est possible de s'inspirer. Ces dernières sont efficaces notamment lorsqu'elles accompagnent l'autonomie des publics concernés, qu'elles mobilisent des moyens humains et financiers importants et qu'elles ciblent précisément des publics spécifiques. Par ailleurs, les acteurs en santé ont formulé des leviers d'actions pour favoriser le développement de la prévention santé dans les champs de la santé publique ciblés : considérer davantage la multiplicité des dimensions sociales de ces sous-champs, ainsi que les financer et les accompagner davantage. En outre, des outils sont mis en exergue pour renforcer une coopération largement souhaitée, à l'instar des groupes de pairs et des réseaux d'échange associés aux labels. Enfin, un questionnement est soulevé sur la gouvernance de l'ARS : plutôt que d'accumuler des dispositifs nouveaux, les outils locaux déjà existants et maîtrisés sont pointés comme des leviers d'action efficaces.

En définitive, les enjeux de santé sont globalement perçus comme des questions sociales et politiques centrales par les acteurs interrogés. Les déterminants de la santé publique semblent de plus en plus pris en compte par les élus, notamment ceux qui ont trait à l'environnement urbain, puisque cela s'inscrit dans une sensibilisation croissante aux enjeux écologiques. Mieux encore, comme le souligne une des personnes interrogées, la santé semble faire consensus au-delà des clivages politiques : « *La santé fait l'unanimité, contrairement à la mobilité décarbonée par exemple. Si on parle de l'aspect santé environnemental, qui semble plus qu'essentiel pour la ville de demain,*

on va mettre tout le monde d'accord »³¹⁰. Ce consensus est-il une opportunité pour promouvoir la santé au niveau local ?

Pour finir et en vue de prochains travaux complémentaires, si les différents déterminants de la santé ici étudiés — environnement, alimentation, activité physique — deviennent de plus en plus considérés et consensuels, il semble que la santé ne soit pas abordée sous le même angle par les différentes collectivités, ni toujours avec les mêmes priorités, ni toujours dans les mêmes termes. En effet, certaines collectivités se penchent davantage sur les questions de santé par le prisme de l'environnement, quand d'autres privilégient le biais des considérations sociales. Ces différences peuvent en partie être expliquées par l'histoire politique et socio-économique des territoires où les sensibilités et traditions d'investissement public divergent, ainsi que par les enjeux sociétaux qui structurent l'agenda politique de chacune des collectivités de la région. Dès lors, si l'ARS souhaite faciliter le dialogue avec les collectivités territoriales, il semble important d'analyser la traduction des orientations de santé publique en fonction des référentiels de politique publique qui traversent les collectivités franciliennes. Ce que de prochaines études pourraient engager.

Vingt-et une « Fiches projet synthétiques » complètent ce rapport. Ces fiches permettent de référencer et de comparer 21 projets d'intérêts selon les personnes enquêtées au sein du siège de l'ARS siège et de ses délégations départementales. La présentation de ces projets est similaire. Elle consiste en une section « Caractéristiques générales » (description du projet, localisation et calendrier d'action), une section « Mise en œuvre » (objectifs, gouvernance et moyens alloués) et une section « Impacts » (réalisations, obstacles et évaluation). Ces fiches-projet ont été élaborées suite à une série d'entretiens semi-directifs menés auprès des acteurs clés de ces projets et d'une analyse de la littérature grise disponible à leur sujet.

Exemple de « Fiches-projets » :

FICHE PROJET **ATELIERS NUTRITION 11-20 ANS**

PRESENTATION

Territoire : Département du Val-de-Marne

Description du projet : Ateliers pour les adolescents de 11 à 20 ans souffrant d'obésité.

Calendrier : Ateliers organisés chaque année depuis 2002.

MISE EN ŒUVRE

Objectif : Sensibilisation des adolescents et de leurs familles à l'importance d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique régulière.

Gouvernance : Ateliers pilotés par le service Promotion de la Santé de l'Adolescent du Département du Val-de-Marne.

Moyens : Présence systématique d'une infirmière, d'une diététicienne et d'un professionnel de l'activité physique adaptée. Conventions partenariales pour les équipements utilisés, salles de gym, piscines...

Réalisations : Suivi de chaque bénéficiaire par le service Promotion de la Santé de l'Adolescent, via les professionnels encadrants. Possibilité d'un suivi individuel avec l'infirmière après le programme.

Obstacles : Diminution des participations chaque année et manque de communication autour de ces ateliers, afin de lever le tabou sur l'obésité.

Évaluation : Sensibilisation des participants en les rendant acteurs de leur progression, afin qu'ils adoptent les bons gestes dans le long terme.

FICHE PROJET **PROJET « NUTRIMOBILE »**

PRESENTATION

Territoire : Ville de Saint-Denis (93)

Description du projet : Éducation nutritionnelle favorisée à la santé, éducation à l'activité sportive.

Calendrier : Depuis février 2016, toujours en cours.

Type de projet : Politique de la ville.

MISE EN ŒUVRE

Objectif : Sensibiliser des enfants de CE2 et leurs parents à une alimentation saine dans le but de lutter à long terme contre l'obésité, le diabète, et les maladies cardio-vasculaires représentées dans le département.

Gouvernance : Principalement la Maison de la Santé de Saint-Denis, en partenariat avec des associations locales (ACSSE), la Maison des seniors, les coordinateurs CSE. En complément d'autres projets comme « Plus ma santé, je bricole dans mon quartier ».

Moyens : Appel à projet de la région Île-de-France intitulé « Alimentation : grande cause régionale ». Saint-Denis obtient un financement. La mairie finance, elle, une diététicienne. Les questions de nutrition sont en partie financées par des fonds politiques de la ville, et celles de l'activité physique par l'ARS.

Réalisations : Intervention dans 31 écoles de la ville pour sensibiliser parents et enfants grâce à un minibus dédié à la santé. Pas de suivi par la suite.

Obstacles : Besoin de sensibilisation des parents avec une offre alimentaire qui correspond à une alimentation saine. Pour un réel impact, des financements sont nécessaires pour travailler avec les familles et parents dans la ville. Le projet « Alimentation saine pour les citoyens » est en cours.

Évaluation : Des bilans sont faits par la maison de la Santé pour les politiques de la ville et les financeurs en général, dans le but d'appréhender quel public a été réellement touché.

FICHE PROJET **COOPERATIVE ACTEURS NUTRITION**

PRESENTATION

Territoires : Villes de Gennevilliers, Croixvaux, Sarcelles et Villiers-Le-Bel (95)

Description du projet : Projet co-construit en quartier populaire de la ville initié dans le cadre du Projet Régional de Santé 2018-2022 de l'ARS.

Calendrier : lancement en 2018.

MISE EN ŒUVRE

Objectif : Créer du lien autour des questions de nutrition pour effectuer de la prévention auprès de publics prioritaires.

Gouvernance : Pôle Ressources Ville 95 - Porteurs de projet sur le terrain (Centre Sociaux, Maisons de quartier...). Associations engagées dans la nutrition ciblée. CODES 95 qui assurent des formations et des ateliers de sensibilisation.

Moyens : Financement de la DDDS de l'ARS; Appel de l'ARS Île-de-France via un financement annuel; Deux services cliniques employés par le PRVS; Utilisation des documents méthodologiques de pôle ressources ville 95; méthodes d'intelligence collective.

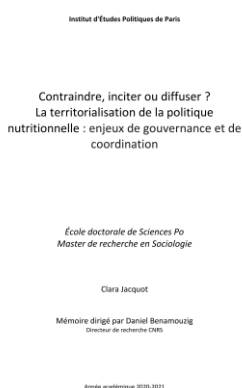
Réalisations : Compréhension des habitudes alimentaires et identification d'actions à réaliser, sélection de défis de cuisine intégrés, ateliers. Capitalisation sur des dynamiques locales préexistantes sur le terrain et implication de publics parfois marginalisés et peu sensibilisés.

Obstacles : Barrière de la langue rendant nécessaire d'adapter les ateliers (gratification orale à l'écrit) et d'utiliser les ressources locales.

Évaluation : Évaluation par questionnaire; Projet d'évaluation qualitative à partir d'entretiens; Projet de rédaction d'un livrable bilan sur la coopération à destination de l'ARS.

³¹⁰ Entretien auprès d'un chargé de mission EIS dans une collectivité territoriale d'Île-de-France, le 12/02/2021.

ANNEXE 3



RÉSUMÉ DU MÉMOIRE « CONTRAINDRE, INCITER OU DIFFUSER ? LA TERRITORIALISATION DE LA POLITIQUE NUTRITIONNELLE, JACQUOT C, 2021

Contraindre, inciter ou diffuser ? La territorialisation de la politique nutritionnelle : enjeux de gouvernance et de coordination, Clara Jacquot, 2021, 122 p. Mémoire de fin d'études, master de recherche en sociologie, Sciences Po Paris

Argument central du mémoire

Ce mémoire s'inscrit dans une réflexion générale autour de la capacité de l'État à maintenir son pouvoir décisionnel lors de la territorialisation d'une politique de santé publique et à créer les conditions propices à l'émergence d'une coordination entre acteurs. L'analyse de la territorialisation du Programme national nutrition santé (PNNS) révèle d'une part un découplage entre la politique de prévention nationale et les politiques locales et d'autre part une forte hétérogénéité entre ces politiques locales elles-mêmes. Cependant on observe paradoxalement une relative convergence dans les objectifs et les modes d'action de ces politiques qu'elles soient locales ou nationales. Cette convergence est le fruit de la circulation de référentiels communs entre les différents acteurs de ces politiques, que cela soit à l'occasion d'appels à projets, d'évaluation, de labellisation d'actions, etc. Ainsi, les objectifs de la politique nationale se diffusent à travers ces référentiels, malgré l'expression par certains acteurs locaux, d'une certaine forme de rejet du PNNS et de ses dispositifs et d'une volonté de développer une politique locale indépendante. La labellisation des villes PNNS relève ainsi d'une forme de coordination qui ne peut se résumer ni à de la contrainte ni à de l'incitation, mais qui s'inscrit dans la diffusion de référentiels communs.

Question de recherche et méthodologie d'enquête

Le PNNS s'affirme comme l'unique programme officiel de la politique de prévention en nutrition nationale. Il présente les priorités et les objectifs de cette politique et indique aux différents acteurs impliqués dans des actions de prévention comment procéder pour les atteindre. Il prévoit explicitement une déclinaison territoriale. Les collectivités locales ont une relative autonomie dans la conduite de leur politique. Le PNNS invite les ARS et les communes à adapter la mise en œuvre du programme aux spécificités de leur territoire. Les collectivités sont même encouragées à faire

preuve d'initiative et d'imagination et à créer de nouvelles actions, tant que celles-ci restent conformes au PNNS.

Les ARS sont chargées de mettre en œuvre et d'articuler les mesures du PNNS avec leur Plan Régional de Santé. Progressivement, les ARS ne sont ainsi plus apparues comme des relais subordonnés au niveau central, mais comme des partenaires ayant un certain niveau d'autonomie. Ainsi, on peut lire dans le PNNS 4 : « Selon le Plan régional de santé, l'ARS définit des priorités. En cohérence avec les principes de la Stratégie nationale de santé, le PNNS promeut l'adaptation des stratégies d'action aux spécificités de chaque territoire »³¹¹. La décentralisation de la politique de prévention en nutrition, en faveur d'un élargissement des prérogatives de l'ARS, est une démarche volontaire et assumée de la part de la Direction Générale de la Santé. La procédure relative aux Chartes des Villes Actives du PNNS témoigne d'une volonté étatique de déléguer une partie des responsabilités aux ARS. Depuis 2012, ce sont les ARS qui sont chargées de ce dispositif alors qu'auparavant les communes adressaient leur demande à la Direction Générale de la Santé. Ainsi, les PNNS successifs prévoient une déclinaison territoriale du programme et donnent un rôle de plus en plus important aux acteurs régionaux et locaux et en particulier aux ARS.

Sur le terrain, des programmes et des associations non étatiques entrent en concurrence avec ce programme national du PNNS en proposant aux acteurs municipaux des outils et un accompagnement pour développer des actions de prévention. C'est le cas notamment du programme Vivons en Forme (VIF) qui se présente comme un dispositif alternatif aux outils de la politique de prévention nationale. Tout comme pour le PNNS, l'adhésion au programme se matérialise par la signature d'une convention. VIF dispense des formations aux acteurs locaux et leur propose des outils pour les accompagner dans le développement de leurs actions de prévention. Même si VIF explique suivre les recommandations du PNNS, il développe ses propres contenus en faisant appel à un comité d'experts et à une agence de communication. Le programme Vivons en Forme revendique l'utilisation de méthodes novatrices, reposant sur les neurosciences et les sciences comportementales. Les actions menées reposeraient sur le même principe que les *nudges* et seraient développées en fonction des résultats de recherches scientifiques récentes. Les communes qui adhèrent à VIF signent une convention qui les engage pour trois ans et désignent un référent VIF parmi les fonctionnaires municipaux. Moyennant une cotisation comprise entre 3 000 et 6 000 euros l'année pour une commune, selon sa taille, et entre 6 000 et 9 000 euros pour une communauté de communes, la collectivité accède à un accompagnement pour le développement de ses actions de prévention en nutrition. Cet accompagnement consiste en l'accès à dix formations pour les acteurs locaux ainsi qu'à des outils tels que des supports pédagogiques. Les actions proposées par VIF ciblent majoritairement les enfants entre six et onze ans, même si une thématique « Petite enfance » est aussi disponible.

Enfin, des collectivités créent des projets de prévention à destination de leurs administrés de façon autonome, sans avoir recours aux outils proposés par le PNNS ou par le programme VIF et sans se faire connaître des agents de l'ARS.

³¹¹ Ministère des Solidarités et de la Santé. Programme National Nutrition Santé 2019-2023, 2019, p. 19.

Ce mémoire cherche à comprendre quelles sont les motivations des villes à mener à bien tel ou tel programme de santé publique concernant la nutrition.

Pour répondre à cette question, cinq villes adhérentes ou non à l'un des deux programmes d'action ont été étudiées. La comparaison entre différents territoires permet en effet d'étudier dans quelle mesure le profil socio-économique d'une collectivité influence la manière dont celle-ci s'investit dans des actions de prévention. Cinq villes d'Île-de-France ont été sélectionnées pour mener cette enquête : Alfortville, Argenteuil, Asnières-sur-Seine, Mantes-la-Jolie et Rosny-sous-Bois. Des entretiens compréhensifs (31) et des observations participantes (2) ont été menés auprès des acteurs clés de l'action nutritionnelle de ces villes et auprès d'acteurs nationaux (responsable PNNS et Vivons en Forme) ou régionaux (ARS).

La politique de prévention en nutrition vise à résoudre des problématiques d'ampleur nationale, mais prévoit pour cela une mise en œuvre locale. Le processus de décentralisation est ambigu. En effet, nous verrons que la déclinaison territoriale de la politique nationale est explicitement une volonté étatique, mais qu'une organisation hiérarchisée subsiste. De multiples organisations et institutions investissent toutefois la problématique de la prévention en nutrition, parfois de façon autonome par rapport au programme national. La répartition des compétences entre le niveau local, régional et national, ainsi qu'entre les différents secteurs, manque de clarté. Ce contexte est propice à l'émergence de concurrents, qui remettent en question la capacité de l'État à déterminer les conditions de la mise en place de sa politique au niveau local et favorisent le découplage entre la politique de prévention nationale et les politiques locales. Nous fournissons dans la section suivante des éléments monographiques sur l'action de santé publique en matière de nutrition des cinq villes étudiées.

Tableau récapitulatif des programmes auxquels adhèrent les villes étudiées :

	Chartes des Villes Actives du PNNS	Programme Vivons En Forme
Alfortville	X	
Argenteuil	X	
Asnieres-Sur-Seine		Anciennement adhérente
Mantes-La-Jolie		X
Rosny-Sous-Bois	X	X

Éléments monographiques

Mantes-la-Jolie

La ville de Mantès-la-Jolie dispose de peu de ressources municipales à accorder aux actions de prévention en nutrition, par rapport aux autres villes du terrain, en témoignent l'absence de centre municipal de santé dans la ville ainsi que l'absence de professionnels de santé municipaux ou d'éducateurs sportifs municipaux intervenant dans les établissements scolaires. La prévention en nutrition repose majoritairement sur les associations, qu'elles soient locales ou non. La mairie a une fonction de coordination des initiatives associatives. Elle échange régulièrement avec les associations, via le CLS, pour prendre connaissance du contenu des actions et en proposer de nouvelles. Les associations apportent des compétences. Elles construisent le contenu des activités ou des actions d'information et fournissent des acteurs associatifs, bénévoles ou non, pour les réaliser. La mairie vient en support, en faisant appel à des associations extérieures, tel que Vivons en Forme, pour soutenir le travail des associations locales, former les acteurs associatifs et leur fournir des outils, des contenus et des idées d'actions à réaliser. Ces associations fournissent aussi des ressources à cette ville en captant des subventions qu'elles seules sont habilitées à recevoir, ce qui permet d'augmenter les ressources matérielles du territoire et de compenser une partie des ressources que la ville ne peut apporter.

Rosny-sous-Bois

Rosny-sous-Bois a un centre municipal de santé, mais ne dispose pas de professionnels de santé municipaux dédiés à la prévention. La ville met à disposition des éducateurs sportifs pour les établissements scolaires, mais seulement pour un trimestre. La commune se situe donc à un niveau de favorisation intermédiaire : elle dispose de plus de ressources que Mantès-la-Jolie, mais moins que d'autres villes comme Asnières-sur-Seine par exemple. Rosny-sous-Bois accorde beaucoup d'importance au partenariat, notamment associatif. Il existe une grande diversité d'associations à Rosny-sous-Bois, dont les activités amènent à aborder le thème du bien-être, de la santé, ou de la nutrition plus particulièrement. Ces associations représentent également des ressources matérielles et logistiques supplémentaires pour la ville. Par exemple, lorsque les élus et les fonctionnaires municipaux ont souhaité développer un programme de « sport-santé », mais sans avoir à disposition des éducateurs sportifs municipaux, les associations se sont présentées comme des partenaires privilégiés de la mairie dans le développement de son projet, en proposant des créneaux de sport adapté. Parce qu'elle les subventionne, la municipalité considère qu'elle est justifiée à solliciter les associations, qui se positionnent alors comme des extensions de ses services.

Asnières-sur-Seine

La politique de prévention en nutrition est soutenue par des agents municipaux, rémunérés par la ville. Ainsi, Asnières-sur-Seine rémunère trois infirmières scolaires sur les cinq que compte la ville et dispose d'éducateurs sportifs municipaux qui prennent en charge les cours d'éducation physique et sportive dans les écoles. Ses ressources municipales lui permettent donc d'avoir un accès privilégié aux établissements scolaires. Asnières-sur-Seine rémunère des acteurs qui accèdent aux établissements scolaires, non pas de manière ponctuelle, mais en s'intégrant dans la vie de l'école

sur le long terme. Alors qu'elle figurait parmi les villes pilotes de la démarche, la commune ne sollicite plus le programme VIF depuis 2015, car les acteurs locaux ont décidé d'orienter leur politique de prévention vers des actions plus individualisées. Concrètement, les professionnels de santé municipaux d'Asnières-sur-Seine, qui faisaient uniquement de la prévention en nutrition de façon collective, reçoivent aujourd'hui en entretien individuel toute personne qui souhaite obtenir des conseils au sujet de son équilibre nutritionnel. Ces personnes peuvent alors bénéficier d'un suivi personnalisé sur le long terme.

Alfortville

Alfortville dispose d'une diététicienne municipale, dont la moitié du temps est consacré à faire de la prévention en santé publique et à contrôler le respect des normes d'hygiène dans les établissements de restauration collective de la ville. Elle intervient auprès de publics différents : elle réalise une fois par semaine un atelier cuisine dans les résidences de personnes âgées, fait des actions de prévention dans les établissements scolaires et dans les salles de sport de la ville. Alfortville a aussi mis en place un programme de suivi personnalisé autour de la nutrition. Son programme a une forte dimension médicale. Il a été créé par des professionnels de santé du CMS et est aujourd'hui en suspens suite au départ du médecin qui l'avait mis en place. En plus de réaliser des actions de prévention collective, Alfortville a donc mis en place un parcours d'accompagnement de patients atteints d'obésité composé de plusieurs professionnels de santé de différentes spécialités. Alfortville est la ville du terrain avec la plus forte densité de professionnels de santé par rapport à son nombre d'habitants. Certains d'entre eux sont rémunérés par la mairie et consacrent 50 % de leur temps de travail à faire de la prévention en santé. La ville a donc d'importantes ressources humaines consacrées à la prévention en santé.

Argenteuil

Dans les villes peu favorisées, comme Argenteuil, la faible dotation en ressources est compensée en partie par la volonté politique et une tradition de fort attachement municipal au développement de politiques de santé publique. Ainsi, même si Argenteuil présente les caractéristiques d'une ville défavorisée, la commune s'investit fortement dans le développement d'actions de prévention. Argenteuil est même pionnière sur de nombreux dispositifs : elle est ainsi la première ville à avoir obtenu le label « Ville Active et Sportive ». Cet engagement témoigne du rôle déterminant joué par les élus municipaux dans l'implication communale dans les problématiques de santé publique. Il permet également d'aborder la question du poids de l'héritage des décisions politiques passées. En effet, les CMS d'Argenteuil ont été établis il y a plusieurs décennies, alors que la municipalité était communiste. Par la suite, les changements de bord politique n'ont pas remis en question l'engagement municipal dans le domaine de la santé publique. Au contraire cet engagement a été renforcé puisque la ville a adhéré à différents dispositifs de santé publique, tels que la Charte des Villes Actives du PNNS, et a demandé aux agents municipaux de faire de la prévention. Argenteuil présente ainsi une politique nutritionnelle dynamique, qui est en place depuis de nombreuses années et qui fait l'objet d'un engouement municipal renouvelé. Cette politique se matérialise par de nombreuses actions entreprises de façon isolée et relativement autonome par différents acteurs du territoire. La dynamique partenariale est moins développée que dans les autres villes du terrain.

Ainsi, malgré d'importantes difficultés financières et la concentration de ménages défavorisés sur son territoire, l'ancienneté de la politique de prévention, l'engagement de multiples acteurs locaux et une forte volonté municipale permettent à Argenteuil de développer une politique de prévention comparable à celle de villes plus favorisées.

Principaux résultats d'analyse

Toutes les villes du terrain accordent une grande importance à la dynamique partenariale. Cependant, l'établissement de partenariats est davantage présenté comme une condition essentielle à la réalisation d'une politique nutritionnelle dans les villes les moins dotées en ressources que dans celles plus aisées. Mantes-la-Jolie et Rosny-sous-Bois se caractérisent par un faible niveau de ressources municipales à investir dans les actions de prévention. Des cinq villes du terrain, ce sont également celles pour qui les partenariats, notamment associatifs, sont les plus importants. Ces deux villes présentent aussi le point commun de faire appel au programme VIF. On observe donc que le développement de réseaux d'acteurs provenant majoritairement du milieu associatif ou privé est lié à un faible niveau de ressources municipales. Dans les communes plus favorisées, l'établissement de partenariats est également un objectif important pour les élus et les fonctionnaires municipaux, mais il n'est pas une condition indispensable au développement d'une politique nutritionnelle locale. Dans un contexte où davantage de ressources municipales sont allouées à la prévention en nutrition, les acteurs municipaux font moins appel aux associations locales ou à des partenaires extérieurs. De plus, ils ont un accès facilité à deux types d'acteurs convoités : l'Éducation Nationale et les professionnels de santé.

Asnières-sur-Seine et Alfortville sont les deux villes du terrain qui allouent le plus de moyens municipaux à la prévention en nutrition. Des agents municipaux sont impliqués dans les actions. Cependant, on peut constater que la nature des ressources de ces villes diffère, ce qui influence le développement des réseaux d'acteurs et le contenu des politiques de prévention. Ainsi, Asnières-sur-Seine est davantage engagée dans des actions à destination des établissements scolaires, en raison de la présence d'un nombre important d'infirmières scolaires municipales et d'éducateurs sportifs municipaux. Alfortville, qui est la ville du terrain avec la plus forte densité de professionnels de santé, développe des actions de prévention avec une dimension médicale plus prononcée que les autres communes. Ce sont donc les ressources humaines disponibles localement qui orientent la détermination des actions mises en place. L'exemple de ces deux villes nous montre que les communes les plus favorisées mobilisent davantage d'acteurs municipaux pour concevoir et réaliser leur politique de prévention en nutrition. Les acteurs provenant du milieu médical y sont aussi plus représentés. Ces communes établissent des partenariats avec les associations, mais les acteurs associatifs sont moins centraux que dans les villes disposant de moins de ressources. Allouer des ressources municipales à la prévention en nutrition permet aussi d'avoir un accès facilité à des milieux assez fermés, tels que les établissements scolaires. La quantité des ressources humaines est un élément important à prendre en compte, mais leur qualité l'est tout autant. En effet, allouer plusieurs acteurs municipaux à la prévention en nutrition ne garantit pas l'émergence d'une politique

de prévention dynamique. La volonté et la motivation des acteurs à s'investir dans cette voie sont centrales.

De manière générale, la couleur politique actuelle des villes du terrain ne semble pas influencer la volonté municipale de développer des actions de prévention en nutrition. Cependant, le niveau de développement de la politique nutritionnelle — notamment la quantité, le type d'actions réalisées et la nature des partenariats — est fortement dépendant de l'ancienneté de l'engagement. Pour les villes, poursuivre un sentier tracé par un ancien choix politique permet d'obtenir davantage de « rendements » en matière de santé publique. Argenteuil s'est par exemple engagée tôt dans une politique de santé publique, qui a ensuite été pérennisée par les mandatures successives. En conséquence, l'engagement de la ville dans la santé publique s'est renforcé avec le temps, jusqu'à devenir un aspect caractéristique de la politique argenteuillaise. D'importants coûts fixes ont déjà été avancés pour la création des deux CMS de la ville, ce qui constitue une incitation à les pérenniser. De plus, les différents acteurs de la ville sont habitués à faire de la prévention en santé, parfois depuis longtemps et ont acquis une certaine autonomie dans leur pratique. La volonté politique passée est donc un élément central dans la construction des politiques de santé publique. Les fonctionnaires territoriaux ont aussi un rôle essentiel dans la détermination des modalités concrètes de la politique, dans le choix des ressources et des partenaires à mobiliser. Ils orientent également les politiques en proposant de nouvelles idées d'actions. Ils ont souvent l'avantage d'être en poste depuis plus longtemps que les élus et donc d'avoir une meilleure maîtrise de la problématique et des dispositifs mobilisables pour y répondre.

On observe dans chaque ville la création de nouveaux outils ou ateliers, destinés à accompagner la diffusion de recommandations ou à transmettre des messages de façon plus ludique. Pour cette raison, le contenu des politiques de prévention diffère d'une commune à une autre. Si le désir d'innovation est présent dans toutes les villes du terrain, elle se concrétise davantage dans les villes les plus favorisées. Ces villes ont la capacité de s'autonomiser par rapport aux instruments d'action publique et de créer des programmes qui sont porteurs d'une conception de la prévention en nutrition innovante par rapport aux standards de la politique nationale. Une ville qui dispose d'importantes ressources dédiées à la prévention en santé, comme Asnières-sur-Seine et Alfortville, peut développer des instruments alternatifs aux dispositifs officiels. Ainsi, une commune qui a des associations sportives variées, dont les éducateurs ont été formés à la prise en charge de patients atteints d'ALD, et qui est parvenue à tisser des partenariats entre ces associations et les professionnels de santé, est plus à même de s'autonomiser par rapport aux instruments d'action publique officiels qu'une ville disposant de moins de moyens.

On peut également constater que ces politiques de santé sont encore une fois dépendantes des ressources locales et des réseaux d'acteurs qui se sont constitués. Les villes les plus défavorisées ont moins de ressources, mais sont également pénalisées par la concentration de besoins plus importants. En effet, les inégalités de santé sont corrélées aux inégalités territoriales.

La comparaison entre les cinq villes étudiées révèle que la déclinaison de la politique de prévention en nutrition se traduit par l'émergence de politiques locales hétérogènes. Ces différences s'expliquent en partie par une inégale dotation en ressources, qu'elles soient financières, humaines

ou politiques. Les réseaux d'acteurs qui se forment dans les communes reflètent la qualité et la quantité de ressources dont le territoire est pourvu. De plus, la volonté politique et l'histoire de chaque ville jouent un rôle déterminant, ce qui accroît les différences entre les territoires. Les institutions étatiques développent des instruments pour coordonner et réguler les initiatives locales. Cependant, les communes ont des usages différents de ces instruments. Plus que des guides orientant la mise en œuvre des actions de prévention, ces instruments servent souvent à valoriser a posteriori des actions déjà effectives. En conséquence, les villes se saisissent de la prévention en nutrition, se l'approprient, l'intègrent à d'autres problématiques, comme celles relevant de la politique de la ville. On observe ainsi un découplage entre la politique nationale et les mises en œuvre locales, qui se traduit par l'expression de désaccords, d'une certaine forme de rejet des dispositifs nationaux et de l'affirmation de l'autonomie des collectivités dans la réalisation des actions et le développement de dynamiques d'innovation. La capacité de l'État à maintenir une cohérence entre la politique nationale et ses multiples concrétisations locales est remise en question par l'autonomisation des collectivités locales. Plusieurs facteurs peuvent expliquer la remise en cause du programme d'actions du PNNS. Parmi eux se trouve la faiblesse des ressources humaines et financières allouées au programme national et notamment aux agents des ARS ayant pour mission d'animer ce programme localement. Cette mission est en effet rendue difficile du fait de la rareté des ressources humaines et financières allouées à la prévention en nutrition comme le rappelait un agent au siège de l'ARS Île-de-France : « *On parle de déterminants de santé. Je crois que rien que l'alimentation et tout ce qui est maladie associée représentent 15 % de la mortalité, 13 % pour le tabac. Vous avez peut-être entendu parler d'un plan-tabac. Nous en Île-de-France, on a eu 4 millions avec le plan-tabac. J'ai pas 4 millions rien que sur l'alimentation. Et la nutrition c'est pas que l'alimentation, la nutrition. On est bien d'accord que c'est comme une équation avec alimentation, activité physique, obésité, sédentarité, et puis sommeil, santé bucco-dentaire* ».

Cependant, on observe malgré tout des éléments convergents, en ce qui concerne l'approche de la problématique nutritionnelle et des solutions à y apporter. La mise en œuvre d'actions de prévention en nutrition cohérentes et convergentes est rendue possible par la diffusion de référentiels communs, qui permettent aux différents acteurs de partager un vocabulaire, des concepts communs et des représentations communes de la problématique et des moyens les plus adaptés pour y répondre. Ces référentiels leur permettent de construire des projets similaires et de se coordonner. Leur diffusion a lieu dans de multiples espaces d'interactions, tels que des réunions de CLS, des webinaires, des formations gratuites, des échanges informels ou encore via des documents diffusés par les institutions étatiques, par les collectivités locales ou par des associations plateformes de ressources. Les procédures d'évaluation favorisent aussi les échanges entre les acteurs. Ces référentiels intègrent les objectifs de la politique nationale, aussi bien que d'autres paradigmes tels que ceux issus de la politique de la ville.

Quels sont les référentiels communs que partagent les acteurs locaux sur la thématique de la nutrition ? Ceux-ci concernent à la fois le diagnostic posé sur le problème de la nutrition et à la fois les solutions à mettre en œuvre pour résoudre ce problème. Pour les acteurs enquêtés la nutrition dépasse le strict domaine médical. Ils tiennent pour acquis que les comportements alimentaires et

la pratique d'activité physique sont influencés fortement par l'environnement immédiat et les conditions de vie d'un individu. La nutrition est bien pour eux une thématique multidimensionnelle, qui nécessite de prendre en compte la situation sociale et économique de la personne pour pouvoir l'accompagner vers des comportements favorables à la santé. Certains acteurs ont aussi évoqué le lien entre comportements nutritionnels et santé mentale, soulignant l'importance d'une prise en charge multisectorielle. Le partage de référentiels communs se manifeste aussi par l'usage d'un vocabulaire conceptuel similaire. En ce qui concerne la réponse à apporter aux inégalités de santé, le concept d'universalisme proportionné a été présenté plusieurs fois en entretien. Ainsi, les acteurs du terrain partagent une approche similaire de la nutrition et de la façon dont il faut s'organiser pour construire une politique de prévention efficace. Ceci les conduit à avoir des objectifs semblables.

Même si les communes développent des politiques de prévention hétérogènes, on peut constater la convergence de leurs objectifs et, dans une certaine mesure, de leurs projets. On retrouve des traits communs dans toutes les communes du terrain. Toutes les villes réalisent des actions d'information collectives, soit exclusivement, soit en complément d'interventions en petits groupes ou individualisées, comme Asnières-sur-Seine et Alfortville. Elles souhaitent toutes cibler les enfants et donc se rapprochent de l'Éducation Nationale. Les différences se situent dans le degré de proximité entre la municipalité et les établissements scolaires. Ainsi, les municipalités qui disposent d'infirmières scolaires municipales ou d'éducateurs sportifs scolaires municipaux peuvent se rapprocher plus facilement des établissements scolaires. Il en est de même au sujet des professionnels de santé : toutes les villes souhaitent les intégrer dans leurs projets, mais elles n'ont pas toutes les moyens suffisants pour le faire. Par ailleurs la lutte contre les inégalités de santé est un axe essentiel dans toutes les politiques de prévention. Les communes poursuivent donc des objectifs semblables, cependant leur réalisation diffère d'une ville à une autre, notamment au regard de la quantité et du type de ressources mobilisées pour les atteindre.

Ainsi, malgré l'hétérogénéité des politiques nutritionnelles déployées dans chacune des cinq villes étudiées, la mise en œuvre d'actions de prévention en nutrition cohérentes et convergentes est rendue possible par la diffusion de référentiels communs. La labellisation de villes PNNS ou le travail de déclinaison locale de ce programme effectué par les agents des ARS participent de la création et de la diffusion de ces référentiels communs sur la nutrition.

ANNEXE 4

LISTE DES ENTRETIENS MENÉS

Les 109 entretiens menés dans le cadre de ce travail d'évaluation de l'axe 5 du PRS 2 ont été menés entre octobre 2019 et octobre 2021 par les personnes suivantes étudiantes ou post-doctorantes associées le temps de cette étude aux travaux de la Chaire santé de SciencesPo Paris : Lucile Houdy, Sixtine Rohde, Arnaud Narainin, Louise Barbier, Artur Frantz, Hélène Hoarau, Marlène Zadrozynski, Clara Jacquot et Jeanne Pahun.

	Structure	Fonction de la personne enquêtée	Date
1	EHESP	Chargé d'étude UFS	12/11/2020
2	Secours Populaire, antenne nationale	Direction des solidarités/Chef de projet banque alimentaire	10/12/2020
3	Pôle ressources ville 95	Chargée de mission	25/11/2020
4	Fabrique territoires santé	Chargée de développement et de coordination	19/11/2020
5	Mairie de Paris — pôle promotion de la santé et réduction des inégalités de santé — Paris Santé Nutrition.	Coordinatrice de Paris Santé Nutrition	03/12/2020
6	Réseau « villes-santé » de l'OMS	Directrice	11/12/2020
7	Pôle ressources 93 : Profession banlieue	Chargée de mission santé	20/11/2020
8	ARS Île-de-France	Référente Nutrition/PNNS/précarité alimentaire	11/12/2020
9	Ekopolis	Chargé de mission Urbanisme et Santé	20/11/2020
10	SPSE Ville de Paris	Ingénieure chargée de la réalisation des EIS	11/12/2020
11	Coopérative d'acteurs nutrition dans l'Est du Val d'Oise	Chargée de mission au Pôle ressources ville 95	18/02/2021
12	Groupe de pairs des coordinateurs CLS/CLSM/ASV du 95	Chargée de mission au Pôle ressources ville 95	26/02/2021
13	Sport dans la Ville — Gonesse	Cheffe de mission	12/02/2021
14	Rénovation du quartier Porte-St-Germain — Val-de-Seine	Coordinatrice CLS Argenteuil	11/03/2021

15	Mairie de Paris — pôle promotion de la santé et réduction des inégalités de santé — Paris Santé Nutrition.	Coordinatrice de Paris Santé Nutrition	02/03/2021
16	Direction Politique de la Ville de la Communauté d'Agglomération Melun Val de Seine	Chargée de mission	12/02/2021
17	Ville de Varennes-sur-Seine	Première adjointe à l'urbanisme	05/02/2021
18	Service Promotion de la Santé de l'Adolescent, département du Val-de-Marne	Collaboratrice projets en santé publique	18/02/2021
19	Ville de Choisy-le-Roi	Chargé de mission développement économique et durable	12/02/2021
20	Association Villejuifois Solidaires	Présidente	02/02/2021
21	Ville de Vigneux-sur-Seine, Essonne	Élu à l'urbanisme	05/02/2021
22	Délégation Départementale 93 ARS	Cheffe de projet	05/02/2021
23	Département de l'Essonne	Vice-présidente déléguée à la jeunesse, aux sports et à la vie associative.	19/02/2021
24	Ville de Saint-Denis, Seine–Saint-Denis	Directrice Maison de la Santé	12/02/2021
25	Ville de Montreuil, Seine–Saint-Denis	Médecin-Directeur de la Santé	12/02/2021
26	Commune des Mureaux	Directrice projet cœur de Ville	12/02/2021
27	Énergies Demain	Chargée de mission et cheffe de Projet Impact Santé	18/02/2021
28	SDJES	Chargée du déploiement de Prescri'Forme Yvelines	19/02/2021
29	AMD Yvelines	Présidente	26/03/2021
30	Restos du Cœur 92	Président	02/04/2021
31	Restos du Cœur 95	Président	09/04/2021
32	BAPIF	Présidente	01/04/2021
33	ARS Direction santé publique	Responsable des actions « urbanisme et santé » à l'ARS et chargé de projet « Grand Paris, urbanisme et santé »	24/10/2019
34	ARS Direction santé publique	Médecin référent ARS	24/10/2019
35	ARS Direction santé publique	Référente nutrition	24/10/2019
36	ARS Direction santé publique	Pilote de l'Axe 5 du PRS	21/11/2019
37	EPT Plaine Commune	Chargée de mission Projet de renouvellement quartier Franc-Moisin	14/11/2019
38	Maison de la santé St Denis	Chargée de mission promotion activité physique	14/11/2019

39	EPT Plaine Commune	Adjoint chef de projet en rénovation urbaine	29/11/2019
40	Délégation départementale ARS 95	Référente nutrition	06/11/2019
41	Délégation départementale ARS 93	Responsable « environnement extérieur ». Avis sanitaires des projets urbains	14/11/2019
42	CDOS 93	Chargé d'étude aménagement du territoire	21/11/2019
43	Délégation départementale ARS 93	Responsable activité physique/nutrition/urbanisme	21/11/2019
44	Centre Sport-Santé	Coordinateur du Centre Sport-Santé	29/11/2019
45	Elu de Fontainebleau	Adjoint au maire en charge des sports, de la démocratie locale et de la vie associative	29/11/2019
46	Médecin de Fontainebleau	Médecin référent du pôle santé du Centre Sport-Santé	29/11/2019
47	EPT Paris Terre d'Envol	Cheffe de projet sur les villes d'Aulnay et Sevran	29/11/2019
48	Commune Tremblay en Fr	Coordinatrice du CLS, ASV/Diététicienne	17/12/2019
49	Commune les Ulis	Direction de la cohésion sociale et des solidarités	16/01/2020
50	Commune Saint Denis	Adjointe au maire en charge de la santé	17/01/2020
51	Commune les Ulis	Ancienne directrice du centre santé	17/01/2020
52	Commune St Denis	Directrice du service de la santé de la municipalité	22/01/2020
53	Délégation départementale ARS 92	Inspectrice de l'Action sanitaire et sociale	24/01/2020
54	Commune les Ulis	Directrice du Centre municipal de santé	24/01/2020
55	Commune les Ulis	Infirmière et assistante de direction au Centre municipal de santé	24/01/2020
56	Commune Fontainebleau	Référent du pôle sport à la Maison de la santé	23/01/2020
57	Délégation départementale ARS 77	Ingénieur sanitaire au service santé environnement/Chargée de mission	31/01/2020
58	Centre municipal de santé d'Alfortville	Directeur	12/11/2020
59	Mairie d'Alfortville	Directeur des Sports et de la Jeunesse	13/12/2020
60	Centre municipal de santé d'Alfortville	Diététicienne nutritionniste	06/01/2021
61	Atelier Santé Ville et Contrat Local de santé d'Argenteuil	Coordinatrice	13/10/2020
62	Mairie d'Argenteuil	Responsable Restauration	28/10/2020
63	Mairie d'Argenteuil	Directrice de la Santé et de l'Hygiène publique	08/02/2021
64	Mairie d'Argenteuil	Directeur des Sports, de la Vie Associative et des Relations Internationales	24/02/2021
65	Mairie d'Asnières-sur-Seine	Directeur des Sports et de la Vie Associative	16/09/2020

66	Mairie d'Asnières-sur-Seine	Infirmière coordinatrice des actions de santé publique	25/11/2020
67	Mairie d'Asnières-sur-Seine	Directeur de l'Action Sociale et de la Santé	08/12/2020
68	Centre Socioculturel Louise Michel d'Asnières-sur-Seine	Responsable	30/01/2021
69	Mairie de Mantes-la-Jolie	Adjointe au maire à la Santé	08/01/2021
70	Mairie de Mantes-la-Jolie	Coordinatrice Santé	13/01/2021
71	Mairie de Rosny-sous-Bois	Adjointe au maire en charge des Sports	01/10/2020
72	Mairie de Rosny-sous-Bois	Directeur adjoint des Sports	01/10/2020
73	Contrat Local de Santé et Conseil Local de Santé Mentale de Rosny-sous-Bois	Coordinatrice	04/10/2020
74	Mairie de Rosny-sous-Bois	Conseillère municipale déléguée, en charge de la Santé et de l'Égalité des chances	22/11/2020
75	Mairie de Paris	Directeur général de la Jeunesse et des Sports	03/02/2021
76	Mairie de Paris	Coordinatrice Paris santé nutrition	10/02/2021
77	Vivons en Forme	Responsable des projets et Chargée des Villes	17/11/2020
78	Vivons en Forme	Responsable développement	15/11/2020
79	Direction générale de la santé	Chargée de mission PNNS	15/12/2020
80	ARS Grand Est	Référente Nutrition	24/02/2021
81	ARS Nouvelle-Aquitaine	Référente Nutrition	25/02/2021
82	ARS Occitanie	Référente Nutrition	18/01/2021
83	ARS Île-de-France	Référente Nutrition	05/02/2021
84	la Fabrique Territoires Santé	Chargée de Développement	16/12/2020
85	ROMDES	Présidente du réseau	09/02/2021
86	ROMDES	Coordinatrice du réseau	09/02/2021
87	La Tablee des Chefs	Président	07/02/2021
88	Ligue contre le Cancer, comité des Yvelines	Chargée de prévention et de promotion des dépistages	21/02/2021
89	Délégation départementale du Val d'Oise	Chargée de mission	04/03/2021
90	Délégation départementale du Val d'Oise	Chargée de mission promotion de la santé	10/03/2021
91	Délégation départementale 91, ARS	Responsable du département Prévention, promotion de la santé	02/07/20 221
92	Délégation départementale 92, ARS	Responsable du département Prévention, promotion de la santé	23/07/2021

93	Délégation départementale 93, ARS	Responsable du département Prévention, promotion de la santé	28/10/2021
94	Délégation départementale 94, ARS	Responsable du département Prévention, promotion de la santé	27/07/2021
95	Délégation départementale 95, ARS	Responsable du département Prévention, promotion de la santé	02/09/2021
96	Délégation départementale 75, ARS	Responsable du département Prévention, promotion de la santé	14/09/2021
97	Délégation départementale 77, ARS	Responsable du département Prévention, promotion de la santé	16/09/2021
98	Délégation départementale 78, ARS	Responsable du département Prévention, promotion de la santé	16/09/2021
99	ARS Île-de-France	Agent à la Direction de la Santé Publique	28/10/2021
100	ARS Île-de-France	Agent à la Direction de la Santé Publique	26/07/2021
101	ARS Île-de-France	Chargé de mission « Urbanisme favorable à la santé »	13/09/2021
102	ARS Île-de-France	Chargé de mission « Évaluation des impacts sur la santé »	25/08/2021
103	ARS Île-de-France	Agent à la direction offre de soins	27/08/2021
104	ARS Île-de-France	Chargé des questions budgétaires	18/10/2021
105	Délégation départementale 91, ARS	Chargé de mission « Nutrition »	18/10/2021
106	Délégation départementale 93, ARS	Chargé de mission « Nutrition »	28/10/2021
107	Délégation départementale 94, ARS	Chargé de mission « Nutrition »	27/10/2021
108	Délégation départementale 75, ARS	Chargé de mission « Nutrition »	26/10/2021
109	Délégation départementale 95, ARS	Chargé de mission « Nutrition »	21/10/2021

Page à conserver : sera remplacée par le PDF de 4^e de couv.