



**Entretien**  
**4 mai 2021**

Afin d'alimenter la réflexion sur les questions de territorialisation en santé, LISA conduit des entretiens avec un certain nombre de personnalités. Neuvième de cette série : François Alla.



## **François ALLA**

**François Alla** est professeur de santé publique à l'Université de Bordeaux. Il y est directeur-adjoint de l'Ispep (Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement) et responsable de l'équipe « Méthodes pour la recherche interventionnelle en santé des populations ». Il est praticien hospitalier et chef du service de soutien méthodologique et d'innovation en prévention au CHU de Bordeaux. Ses principaux axes de recherche et d'expertise portent sur les politiques, les interventions et les organisations de santé, en particulier dans les champs de la prévention et la promotion de la santé. Il a été conseiller et chef du pôle "Politiques de santé et de prévention" au cabinet de la ministre de la Santé en 2009-2010.

*« Il y a un vrai problème de décision en santé en France. Il y a de multiples interlocuteurs. Il n'y a ainsi pas une politique de santé mais autant de « politiques » de santé que de décideurs. Pour cela, il pourrait être utile d'envisager un pilotage national unifié - une Agence nationale de santé. »*

## **Comment analysez-vous l'évolution du rôle des collectivités locales et la "posture jacobine" de l'Etat en matière de santé pendant la crise sanitaire ?**

De ce que j'ai observé dans plusieurs régions, il y a eu beaucoup d'initiatives de terrain à différentes étapes de la crise. Par exemple, dès le début de la crise en mars 2020, il y a eu de multiples initiatives pour l'organisation des soins primaires, qui avaient pour but de prendre en charge précocement les patients pour désengorger les hôpitaux. Beaucoup de médecins généralistes et de services de soins primaires se sont mobilisés, y compris pour le "hors Covid" (le suivi de maladies chroniques, la vaccination des enfants...).

Dans ces initiatives, les villes étaient souvent parties prenantes : elles se sont organisées pour avoir des lieux d'accueil (gymnases...) pour les patients "Covid +" et suspectés et "Covid -". Dès le début de la crise, les villes se sont impliquées, y compris dans le soin, parce qu'elles étaient des interlocuteurs directs des professionnels de santé.

Elles ont aussi pris des mesures d'accompagnement pour les publics vulnérables qui encaissaient les conséquences des mesures nationales. Par exemple, elles ont fait en sorte d'assurer une continuité de l'aide alimentaire, pour les SDF ou encore pour les étudiants confinés loin de leurs familles.

Les villes ont enfin œuvré en matière de communication ou de solidarité intergénérationnelle, en recrutant des médiateurs ou ambassadeurs, pour rappeler aux gens les gestes barrières, pour accompagner les personnes âgées isolées, pour essayer de faire le lien avec les lycéens. Cela s'est fait indépendamment des textes juridiques qui fixent les compétences des villes.

Mais globalement, l'Etat n'a pas encouragé ces initiatives. Tout au contraire, il a souvent été bloquant. Voir l'exemple récent de la campagne de vaccination en Seine-Saint-Denis<sup>[1]</sup>. Les acteurs locaux s'organisent pour « aller vers » et tenter de limiter la véritable fracture sociale qui s'observe pour la vaccination comme sur les autres aspects. D'après l'article de Libération qui y fait référence, le préfet leur a interdit de continuer, en les menaçant de cesser de les fournir en vaccins, car selon les directives nationales, les centres de vaccination de Seine-Saint-Denis devaient passer par les structures de réservation centralisées, qui sont pourtant un instrument de renforcement des inégalités.

Certaines ARS ont également tout fait pour bloquer les initiatives de terrain que j'évoquais, en particulier pour l'organisation des soins de santé primaire, parfois même en menaçant de supprimer les financements des structures porteuses, si ces initiatives se poursuivaient.

L'Etat s'est donc replié sur une posture jacobine, ce qui peut se comprendre en temps de crise, mais c'est extrêmement dommageable. Il a cherché à stopper des initiatives locales qui pour moi étaient indispensables. Il ne s'agit pas de ne pas respecter un cadre national, mais de s'adapter aux spécificités des territoires, des besoins et des environnements. Cette marge d'adaptation locale, est essentielle dans la gestion de la crise. Nathalie Bajos et d'autres chercheurs ont écrit sur le fait que la crise avait encore

aggravé les inégalités sociales de santé[2], et c'est justement une capacité des collectivités locales que de les limiter.

**Concernant la prévention, pensez-vous qu'elle devrait davantage être prise en charge par les collectivités locales ? Est-elle suffisamment efficace, et si non, comment pourrait-on la renforcer ?**

« La politique de prévention ne relève pas seulement du ministère de la Santé, mais aussi de celui de l'urbanisme, de l'Education nationale, de l'Agriculture... C'est ce qu'on appelle la santé dans toutes les politiques. »

Si on parle de prévention au sens large de promotion de la santé[3], il faut que toutes les politiques publiques y contribuent.

Quand je parle de prévention, j'ai ces trois secteurs en tête : ce que font les acteurs de prévention visant à modifier les comportements directement ou indirectement (exemples : éducation à la santé dans les écoles, campagnes de marketing social, etc.), la prévention dans le système de soin (la vaccination, la prise en charge de l'hypertension artérielle, etc.) et les politiques publiques saines.

Ces dernières sont extrêmement importantes. Par exemple, pour promouvoir l'usage du vélo, c'est l'aménagement de pistes cyclables par la collectivité qui est déterminante, pas une campagne de communication.

J'insiste car, quand on parle de prévention, on pense d'abord à la prévention médicale, mais pour moi ce sont les politiques publiques qui sont les plus importantes. Il y a des leviers nationaux (interdire de vendre du tabac aux mineurs, réglementer les menus dans les cantines scolaires) mais concrètement, ce sont les villes et les collectivités territoriales qui sont les meilleurs intégrateurs de ces politiques intégrées.

J'ai cité le vélo, mais si on prend l'exemple de la mobilité douce, ce qui fonctionne pour favoriser l'activité physique, c'est l'aménagement urbain. Par exemple, la ville de Nice avait pour objectif de favoriser l'activité physique des personnes âgées. En partenariat avec l'ARS, la ville a mené une expérimentation en comparant un quartier témoin et un quartier aménagé pour favoriser la mobilité des personnes âgées (avec des bancs pour qu'elles puissent se reposer, des passages piétons aménagés pour qu'elles n'aient pas peur en traversant...)[4]. Dans le quartier aménagé, la mobilité des personnes âgées était plus élevée après l'aménagement. Cet exemple montre que très concrètement, si vous voulez changer les comportements, il faut changer les environnements. Les villes ont ainsi des leviers qui ne sont pas identifiés comme des leviers santé, mais qui pourtant ont une influence majeure sur la santé.

Le département, à travers notamment la protection maternelle et infantile (PMI) et l'aide sociale aux populations vulnérables, et la région, à travers notamment l'aménagement du territoire et son rôle sur l'économie et le tissu industriel, ont aussi des leviers importants pour améliorer les indicateurs de santé en France. Aujourd'hui, la France est parmi les meilleurs pays au monde en ce qui concerne les indicateurs qui relèvent du soin, mais est plutôt mauvaise dans ceux qui relèvent des environnements et des comportements (tabac, alcool...). Pour moi, une des clefs sur ces sujets, c'est l'implication des collectivités territoriales.

## **Pensez-vous que la crise sanitaire va changer la façon dont les politiques de santé sont pensées territorialement ?**

*« Il est certain qu'il faut décentraliser et déconcentrer, la crise l'a mis en lumière. Mais tout transférer aux collectivités territoriales ne fonctionne pas non plus. La politique de l'enfance [...] est l'exemple typique du fait qu'une déconcentration totale peut entraîner de fortes inégalités. »*

Depuis 2009, on a de nouveaux outils : l'ARS et les programmes régionaux de santé, qui permettent d'avoir des déclinaisons régionales des politiques de santé nationales, adaptées aux territoires. Il est évident qu'on ne va pas avoir les mêmes priorités à Mayotte et dans le Massif Central ! Ces programmes sont établis pour dix ans, donc les ARS ont une marge de manœuvre très importante.

En infrarégional, on a les contrats locaux de santé (CLS), qui sont conclus entre au minimum la ville ou la communauté de communes et l'ARS.

Mais dans le cadre de la crise, l'Etat a repris la main dans beaucoup de régions, oubliant les concertations prévues (par exemple les conférences régionales de santé). De nombreuses ARS se sont retrouvées prises entre deux feux : les réalités de terrain d'une part et l'application des directives nationales d'autre part.

Pour l'avenir, je ne sais pas quelle est la bonne solution, il y a des avantages et des inconvénients à chacune.

La création de l'ARS avait l'avantage de mettre dans la même main le médical, le médico-social et la prévention. C'était extrêmement important. Mais comme je l'ai dit, ce n'est qu'une petite partie de la prévention, celle qui relève du ministère de la Santé.

Il existe des dispositifs de coordination entre l'ARS et les autres acteurs, comme les commissions de coordination des politiques publiques, dans chaque région. Mais elles fonctionnent mal. Il faut trouver le moyen de faire travailler ensemble Etat et collectivités territoriales sur la prévention.

Il est certain qu'il faut décentraliser et déconcentrer, la crise l'a mis en lumière. Mais tout transférer aux collectivités territoriales ne fonctionne pas non plus. La politique de l'enfance, et en particulier de l'enfance vulnérable, est parfois catastrophique. C'est l'exemple typique du fait qu'une déconcentration totale peut entraîner de fortes inégalités.

Il faut trouver le moyen d'avoir une marge de souplesse au niveau territorial, tout en restant dans un cadre juridique national.

Dans le cadre de la crise, j'ai expliqué l'importance de soutenir les initiatives locales positives, mais inversement, il y avait des collectivités territoriales, et notamment des régions, qui étaient prêtes à faire n'importe quoi, par exemple acheter des quantités massives d'hydroxychloroquine. C'est au niveau national qu'il y a l'expertise (dans les agences nationales) et le principe constitutionnel de protection de la santé de la population se conçoit à ce niveau.

Au niveau national, il est également plus simple d'éviter les conflits d'intérêt, qui sont plus nombreux au niveau local. Si je prends l'exemple de la Nouvelle-Aquitaine, il est difficile de parler de l'alcool, pourtant une priorité majeure de santé ! Evidemment, les élus sont sensibles à des intérêts économiques et industriels qui les concernent localement. Il suffit d'analyser les votes des parlementaires pour constater l'importance de ces conflits (voir l'exemple des pesticides).

Pour moi, il faut donc trouver un juste milieu. C'est pour cela que j'aime bien les contrats locaux de santé, et certains s'en sont bien emparé. Ce sont des contrats entre la ville et l'ARS, avec des objectifs et un programme d'action communs. Il faudrait peut-être créer un équivalent entre l'ARS et le Conseil régional.

Je ne suis pas pour tout confier aux collectivités territoriales, ni pour rester dans notre système centralisé qui ne fonctionne pas non plus.

**Vous nous avez parlé du rôle des villes et des régions, pouvez-vous nous en dire plus sur le rôle des départements en santé, et sur la manière dont ils pourraient mieux collaborer avec les autres acteurs ?**

Les départements ont des compétences santé et sociales très clairement définies : sur l'enfance, l'exclusion, les personnes âgées, le handicap.

Cela correspond au partage de l'après-guerre : de façon schématique, l'Etat s'occupait de prévention, l'Assurance maladie du soin et les collectivités territoriales du médico-social. Depuis, cela s'est beaucoup nuancé, mais cela reste très ancré dans les missions.

Les départements ont un rôle essentiel car ils sont les interlocuteurs des populations vulnérables : les personnes âgées, en situation de handicap et de précarité... Mais la prise en charge est très différente d'un département à l'autre, c'est pourquoi il serait intéressant qu'il y ait une contractualisation entre départements et ARS, avec des objectifs communs pour la santé des populations. Aujourd'hui, il n'y a généralement pas de co-construction avec un diagnostic partagé, des objectifs et des moyens communs.

**Une spécificité du système de santé français est la pluralité d'agences, de hauts conseils, de hautes autorités. Pensez-vous qu'il y a trop d'organismes de ce type, ou bien que cette pluralité est nécessaire ? Comment pourrait-on simplifier leur fonctionnement ?**

*« On a un problème d'animation du système d'agences, mais aussi un problème d'indépendance [...] Cela a été marquant dans cette crise sanitaire : nous avons clairement des avis « alibi » servant à conforter une décision politique déjà prise. Les agences et autres organismes d'expertises n'ont pas fait preuve d'une grande indépendance d'esprit vis-à-vis du pouvoir politique ! »*

Sur le plan opérationnel, la loi HPST[5] a permis de mettre de la cohérence en région, avec les ARS. Cette cohérence n'existe pas au niveau national, et à ce jour nous

n'avons toujours pas une seule politique de santé, mais autant de politiques de santé que de décideurs : Il y a entre autres celle du ministère de la Santé (et de plus les différentes directions du ministère ne sont pas toujours en phase !), celle de l'Assurance maladie, celle du Parlement, les priorités présidentielles qui peuvent tout court-circuiter et ce que décident les différents ministères dans leurs champs respectifs (par exemple, les mesures liées au Covid mises en place à l'école par l'Education nationale).

Il y a un vrai problème de décision en santé en France. Il y a de multiples interlocuteurs. Des outils ont été proposés pour mettre de la cohérence, notamment la Stratégie nationale de santé (SNS). Cependant, on observe qu'au-delà de l'affichage, chacun continue de travailler de son côté. Par exemple la récente stratégie décennale de lutte contre le cancer (excellente au demeurant) ne fait qu'une mention marginale à la SNS. Comment renforcer la cohérence ? Comme certains l'avaient proposé il y a une dizaine d'années, il pourrait être intéressant de mettre en place un pilotage national unifié – une Agence nationale de santé[6].

Mais le problème est moins administratif que politique : pendant la crise, le Président a resserré la décision autour de lui, il l'a personnalisée. On se retrouve dans une gouvernance assez surréaliste !

Depuis le milieu des années 1980, pour être caricatural, à chaque nouvelle crise sanitaire (VIH, canicule...), on a créé une nouvelle structure d'expertise. On en a aujourd'hui une quinzaine dont les missions se croisent et s'entrecroisent. Par exemple on a, sauf erreur de ma part, pas moins de six entités d'expertise et d'aide à la décision mobilisées sur la vaccination Covid, dont des structures ad hoc : Santé Publique France, l'ANSM, la HAS, le CARE (Comité analyse, recherche et expertise), le Comité scientifique sur les vaccins Covid-19, le Conseil d'orientation de la stratégie vaccinale.

On a un vrai problème d'animation de ce système d'agences, qui contribue à un manque de réactivité et parfois à une cacophonie. Nous avons aussi malheureusement un problème de positionnement.

[1] [https://www.liberation.fr/societe/sante/en-seine-saint-denis-le-prefet-aveugle-a-la-fracture-vaccinale-20210214\\_RFNTM7OG2FA2NHAY6THSUYBLEE/](https://www.liberation.fr/societe/sante/en-seine-saint-denis-le-prefet-aveugle-a-la-fracture-vaccinale-20210214_RFNTM7OG2FA2NHAY6THSUYBLEE/)

[2] [https://www.iresp.net/wp-content/uploads/2020/10/IReSP\\_QSP40.web\\_.pdf](https://www.iresp.net/wp-content/uploads/2020/10/IReSP_QSP40.web_.pdf)

[3] Selon l'OMS, « la promotion de la santé permet aux gens d'améliorer la maîtrise de leur propre santé. Elle couvre une vaste gamme d'interventions sociales et environnementales conçues pour favoriser et protéger la santé et la qualité de vie au niveau individuel en luttant contre les principales causes de la mauvaise santé, notamment par la prévention, et en ne s'intéressant pas seulement au traitement et à la guérison. La promotion de la santé comporte 3 éléments essentiels: une bonne gouvernance, des connaissances et des villes saines. », source : [who.int/healthpromotion/fr/](http://who.int/healthpromotion/fr/)

[4] <https://academic.oup.com/eurpub/article-abstract/29/3/588/5098720?redirectedFrom=fulltext>

[5] Loi de 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, plus connue sous le nom « Hôpital, patients, santé et territoire »

[6] <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2012-3-page-229.htmKW>