Revue de la littérature



Comment les collectivités territoriales se saisissent-elles des enjeux de santé publique ?

AVRIL - NOVEMBRE 2025

Promotion Santé Nouvelle-Aquitaine



SOMMAIRE

Résumé ---- 4

Introduction ---- 7

La territorialisation de la santé en France : quels enjeux ? ---- 10

Les compétences des collectivités territoriales en matière de santé ---- 32

Intégrer la santé à toutes les politiques publiques ---- 44

Conclusion ---- 74

Guides à destination des élus et bibliographie ---- 77



Résumé

Traditionnellement centralisée, la politique de santé publique en France connaît depuis les années 1980 une évolution vers une meilleure prise en compte des spécificités locales. La montée des inégalités sociales et territoriales de santé, révélée notamment par la crise sanitaire du Covid-19, a renforcé la nécessité de territorialiser l'action publique. Si les Agences Régionales de Santé (ARS) incarnent l'autorité déconcentrée de l'État en matière sanitaire, les collectivités territoriales, à travers leurs multiples compétences, doivent pouvoir jouer un rôle essentiel dans la mise en œuvre de la promotion de la santé. Cette dynamique s'inscrit dans une logique d'intervention intersectorielle, de proximité et d'adaptation aux réalités locales.

Une approche globale, préventive et transversale de la santé

La promotion de la santé, telle que définie par la Charte d'Ottawa, suppose de favoriser la création de conditions favorables à un bon état de santé pour tous. Elle repose sur l'identification des déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé. Loin de se limiter à l'organisation des soins, cette approche suppose de décloisonner les politiques publiques en intégrant la santé dans l'aménagement du territoire, la politique de la ville, l'environnement, le logement, la mobilité ou encore l'éducation.

Les collectivités territoriales, investies dans la gestion de ces secteurs, sont en position privilégiée pour intégrer la santé dans toutes leurs politiques. Cela suppose cependant une capacité de coordination entre les différents services et une culture commune de la promotion de la santé. Des outils comme les Contrats Locaux de Santé (CLS), créés en 2009, ont été pensés pour faciliter cette transversalité en favorisant le dialogue entre ARS, collectivités, professionnels de santé et acteurs associatifs.

Les compétences spécifiques des collectivités

Les communes, historiquement responsables de la salubrité et de l'action sociale, disposent de leviers importants. Par l'intermédiaire des centres communaux d'action sociale (CCAS), elles soutiennent les populations vulnérables via des actions favorisant par exemple l'autonomie des seniors, la réussite éducative ou encore la réinsertion sociale. Certains CCAS, comme celui de Limoges, proposent également des projets de jardins familiaux ou d'épiceries solidaires.

Quant à l'intercommunalité, elle permet de mutualiser les moyens et de porter des politiques de santé à l'échelle d'un bassin de vie. Elle peut coordonner la création de maisons de santé, d'équipes de soins coordonnées et soutenir l'exercice pluriprofessionnel.

Les départements, eux, sont en charge de la protection maternelle et infantile (PMI), de l'aide sociale à l'enfance (ASE) et de la prise en charge des personnes âgées et en situation de handicap. De fait ils sont au cœur des politiques de réduction des inégalités de santé. De plus, leur mission de planification médico-sociale leur permet d'adapter les dispositifs aux besoins du territoire.

Enfin, les régions, bien qu'ayant des compétences plus limitées, soutiennent la formation des professionnels de santé, la lutte contre les déserts médicaux et les politiques de santé environnementale via les Plans Régionaux Santé Environnement (PRSE).

Renforcer la culture de la promotion de la santé dans les politiques locales

Cependant, le développement d'une culture de la promotion de la santé au sein des collectivités suppose une montée en compétences des acteurs locaux. Des formations spécifiques (ex : modules e-learning pendant la crise sanitaire), des outils de partage de connaissances et l'accès à des données territorialisées sont autant de leviers pour une meilleure prise en compte des enjeux de santé. Les collectivités sont également appelées à renforcer la participation citoyenne dans l'élaboration des actions de santé. Cette approche participative permet d'assurer la pertinence des politiques locales, en tenant compte de l'expérience des usagers et en favorisant leur implication active.

L'exemple de la Nouvelle-Aquitaine

La Nouvelle-Aquitaine agit pour l'intégration progressive de la promotion de la santé dans les politiques publiques territoriales. Ainsi la région met en œuvre un Plan Régional de Santé (PRS) élaboré avec l'ARS, mobilisant l'ensemble des acteurs locaux. Elle s'appuie sur une dynamique de contractualisation avec les territoires via les CLS, afin d'adapter les actions aux spécificités locales.

Des actions concrètes ont été développées : lutte contre la précarité, amélioration de l'accès aux soins, mobilisation d'acteurs de terrain dans les démarches d'« aller vers », dispositifs de médiation sanitaire, formations à destination des élus et agents, intégration des enjeux de santé dans les politiques de développement durable.

Les collectivités territoriales disposent de leviers importants pour agir en faveur de la promotion de la santé. En prenant en compte les déterminants sociaux et environnementaux dans leurs politiques, elles peuvent agir pour la réduction des inégalités sociales de santé. Cependant, pour cela il est nécessaire de renforcer la coopération entre les niveaux de gouvernance, de développer une culture locale de la santé et de favoriser la participation citoyenne. Il s'agit désormais de donner aux territoires les moyens – financiers, humains et réglementaires – d'assumer pleinement leur rôle dans la construction d'un système de santé plus équitable, préventif et résilient.

(*Résumé rédigé par l'IA Chat GPT*)



Introduction

En France, la santé publique est historiquement une prérogative de l'État, qui élabore les politiques sanitaires applicables à l'ensemble du territoire. **L'article L. 1411-1 du Code de la santé publique** affirme ainsi que « *la Nation définit sa politique de santé afin de garantir le droit à la protection de la santé de chacun* ». Ce monopole de l'État en matière sanitaire repose sur deux fondements essentiels. D'une part, un motif historique, qui témoigne de l'implication croissante des pouvoirs publics dans la gestion de la santé, autrefois assurée par l'Église et les autorités locales. D'autre part, un motif juridique, fondé sur le principe d'égalité, qui impose une répartition équitable de l'accès aux soins et une régulation nationale de l'offre de santé.

Ainsi, sous l'Ancien Régime, c'est principalement l'Église qui assure cette mission de santé publique à travers la charité et les ordres religieux. Avec la Révolution française, les communes héritent d'une responsabilité sanitaire, notamment avec la loi des 16-24 août 1790 leur attribuant des compétences en matière de police sanitaire et de gestion des hôpitaux. Toutefois, à partir de 1793, l'État entreprend la structuration d'un système d'aide publique avec la création d'agences de secours et d'officiers de santé. Ce mouvement se renforce au fil des crises sanitaires, notamment avec la loi de 1822 qui confie au roi la responsabilité de lutter contre l'épidémie de choléra.

C'est au cours des 20e et 21e que la territorialisation des politiques de santé s'accélère, avec ces dernières décennies un accroissement du rôle des collectivités territoriales dans le champ sanitaire. Cette évolution s'explique par la prise en compte des spécificités territoriales dans l'élaboration des politiques publiques et par la nécessité de répondre aux inégalités sociales et géographiques en matière de santé. Déjà en 1986, **la Charte d'Ottawa** insistait sur l'importance des collectivités locales dans la promotion de la santé.

Cette orientation s'est renforcée dans les années 2000 avec la mise en place des Ateliers Santé Ville (ASV) pour lutter contre les inégalités sociales de santé dans les quartiers défavorisés et la création, en 2009, des Contrats Locaux de Santé (CLS). Cette même année sont créées les Agences Régionales de Santé (ARS) par **la loi "Hôpital, patients, santé et territoires" du 21 juillet** («Loi HPST») visant à mieux articuler les actions locales avec la politique nationale. Malgré ces avancées, la répartition des compétences entre l'État et les collectivités reste floue, comme l'a illustré la gestion de la crise sanitaire du Covid-19. Si l'État, via les ARS, a conservé la maîtrise des décisions stratégiques, les collectivités territoriales se sont retrouvées en première ligne pour répondre aux besoins urgents de la population : distribution de masques, création de centres de dépistage et de vaccination, mise en place de fonds d'aide aux professionnels de santé ou encore organisation de services d'hébergement pour les sans-abris. Ces initiatives ont parfois donné l'illusion d'une compétence élargie des collectivités en matière de santé publique. En réalité, leur rôle demeure subsidiaire, l'État fixant les grandes orientations et les ARS assurant leur mise en œuvre à l'échelle régionale.

Enfin, au-delà des crises, l'épineuse question des déserts médicaux souligne la nécessité de repenser l'organisation territoriale de la santé. La raréfaction des professionnels de santé dans certaines zones rurales et périurbaines a conduit à l'adoption de mesures spécifiques, telles que les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ou encore les Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP), souvent soutenues par les collectivités. Par ailleurs, **la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé** peut être vue comme un premier pas vers la reconnaissance de la promotion de la santé comme une compétence partagée entre l'État et les collectivités. Y est en effet inscrit la volonté de développer des hôpitaux de proximité qui « *participent à la prévention et à la mise en place d'actions de promotion de la santé sur le territoire* ». Cette reconnaissance reste toutefois insuffisante face aux défis financiers et aux enjeux de gouvernance locale.

Dès lors, une question centrale se pose : dans quelle mesure les collectivités territoriales peuvent-elles véritablement peser sur les politiques de santé publique ? Disposent-elles des leviers nécessaires pour lutter efficacement contre les inégalités sociales de santé et garantir un accès équitable aux soins sur l'ensemble du territoire ?

Pour tenter de répondre à ces questions, il convient tout d'abord d'examiner **les enjeux de la territorialisation de la santé en France**. Cette notion, à la fois complexe et parfois ambiguë, vise à adapter l'offre de soins et les politiques de santé aux spécificités locales, tout en cherchant à réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins. La distinction entre les territoires urbains et ruraux, où les besoins et les ressources varient considérablement, constitue d'ailleurs un défi majeur pour garantir à tous des environnements de vie favorables à la santé.

Puis dans un second temps, nous analyserons le **rôle des collectivités territoriales dans l'organisation et la mise en œuvre des politiques de santé.** Les communes et intercommunalités, les conseils départementaux et les conseils régionaux disposent de compétences variées qui leur permettent d'agir à différents niveaux, notamment en matière de promotion de la santé et de prévention, d'accès aux soins et de soutien aux professionnels de santé.

Enfin, nous verrons que pour garantir une prise en charge plus globale des enjeux sanitaires, il est nécessaire d'i**ntégrer la santé à l'ensemble des politiques publiques**. Cette approche repose sur le développement d'une véritable culture de la promotion de la santé et sur une action renforcée sur les déterminants de santé, en mobilisant des dispositifs adaptés. L'exemple de la Nouvelle-Aquitaine illustrera les potentielles stratégies pouvant être mises en place pour favoriser une approche transversale et territorialisée en santé publique.



La territorialisation de la santé en France : quels enjeux ?

Une notion complexe et ambiguë

La territorialisation des politiques publiques, et plus particulièrement des politiques de santé, repose sur une articulation entre intervention étatique et prise en compte des spécificités locales. Historiquement, cette dynamique n'est pas née d'une conquête du local, mais bien d'une impulsion nationale cherchant à adapter l'action publique aux réalités territoriales. Elle interroge donc la place respective de l'État et des acteurs locaux : le territoire est-il un simple cadre d'application des politiques définies nationalement ou devient-il un espace de co-construction impliquant les collectivités et les citoyens ?

Cette territorialisation de la santé s'est construite progressivement en réponse à plusieurs enjeux. Avant les grandes réformes de décentralisation des années 1980, l'État français concevait le territoire comme un espace d'application homogène de ses politiques. La planification sanitaire répondait alors à une logique descendante, où les décisions étaient prises à l'échelle nationale et appliquées uniformément sur l'ensemble du territoire. Avec la décentralisation amorcée par la **loi du 2 mars 1982**, qui transforme les régions en collectivités locales de plein exercice, le rôle de ces dernières dans l'élaboration des politiques publiques s'est progressivement accru.

Dans le champ de la santé, cette évolution s'est traduite par une volonté de mieux intégrer les réalités locales dans la mise en œuvre des politiques de santé publique. C'est à cette époque que commence à se consolider progressivement un échelon régional de pilotage. Les directions régionales des affaires sanitaires et sociales (Drass) ont vu leurs compétences renforcées, notamment en matière de planification et de financement, au détriment du niveau départemental. Parallèlement, de nouveaux acteurs apparurent tels que les Unions régionales de médecins libéraux (URML) en 1993 avec la **Loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie** et les conférences régionales de santé en 1995.

Toutefois, c'est avec les ordonnances de 1996 que la régionalisation a franchi une étape décisive. Ces réformes ont abouti à la création des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), chargées d'unifier la gestion de l'hospitalisation publique et privée, ainsi qu'à la mise en place des Unions régionales de caisses d'Assurance maladie (Urcam), destinées à coordonner l'action des caisses et à impulser une politique de gestion du risque à l'échelle régionale.

Ces évolutions ont posé les bases d'une organisation territorialisée de la santé, qui sera parachevée avec la création des agences régionales de santé (ARS) en 2009. Cependant, malgré cette évolution, la territorialisation de la santé n'a pas conduit à un transfert effectif des compétences de santé aux collectivités territoriales. Contrairement à d'autres secteurs comme l'éducation ou les transports, la santé publique demeure largement encadrée par l'État, qui conserve un rôle central dans l'organisation et la régulation du système de soins. Ainsi, contrairement à ce que l'on pourrait supposer, ce ne sont pas les collectivités territoriales qui en sont les principaux acteurs en région, mais les Agences Régionales de Santé (ARS), créées par la **Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST)**. Placées sous l'autorité de l'État, leur mission consiste à assurer la mise en œuvre des politiques de santé publique tout en tenant compte des réalités locales, et à réguler l'offre de soins.

Une gouvernance territoriale sous l'influence de l'État

Loin de marquer une autonomie accrue des collectivités en matière de santé, la territorialisation a donc plutôt conduit à une déconcentration des politiques de santé, où l'État conserve un rôle prépondérant par l'intermédiaire des ARS. Si celles-ci doivent prendre en compte les besoins locaux, leur action est principalement guidée par les orientations nationales et les impératifs budgétaires. Ce modèle de gouvernance s'appuie de plus en plus sur des dispositifs contractuels, tels que les Contrats Locaux de Santé (CLS), qui favorisent la coordination entre ARS, collectivités et professionnels de santé.

Cependant ce mode de pilotage à distance repose également sur des mécanismes incitatifs, comme les appels à projets ou les dispositifs de labellisation, qui peuvent parfois mettre les territoires en concurrence pour l'obtention de financements. Cette logique favoriserait les territoires disposant déjà de ressources et d'une capacité d'action structurée, creusant ainsi les inégalités entre territoires (Epstein, 2018 ; Honta, 2019).

Les tensions entre différentes approches du territoire

De plus, la territorialisation des politiques de santé repose sur plusieurs conceptions du territoire, qui ne sont pas toujours compatibles. D'un côté, le territoire peut être un espace d'intervention prioritaire, défini par l'État selon des critères socio-économiques (comme dans la politique de la ville). D'un autre côté, il peut être un espace de coordination entre professionnels de santé, ne correspondant pas nécessairement aux périmètres administratifs existants. Enfin, une approche plus « sensible » du territoire met l'accent sur l'expérience vécue des populations, en s'appuyant sur leurs besoins et leurs attentes.

Ces différentes approches génèrent des tensions : comment concilier une logique de planification nationale avec une gouvernance locale plus souple et adaptée ? Comment éviter que la territorialisation ne devienne un simple instrument de gestion, sans réel pouvoir d'initiative pour les territoires ?

Vers une territorialisation plus équilibrée ?

Si la territorialisation de la santé permet une meilleure prise en compte des disparités territoriales, elle soulève également des défis en matière de gouvernance et d'équité. L'enjeu est d'éviter une territorialisation purement technocratique, pilotée par l'État via les ARS, au détriment des collectivités locales et des habitants. Une territorialisation plus équilibrée supposerait de renforcer la participation des acteurs locaux dans l'élaboration des politiques de santé et de garantir une répartition plus équitable des moyens.

Ainsi, la territorialisation de la santé ne doit pas être un simple outil de différenciation administrative, mais une réelle opportunité d'adaptation des politiques publiques aux besoins des populations, en intégrant à la fois les impératifs nationaux et les dynamiques locales.

Lutter contre les inégalités sociales de santé

La lutte contre les inégalités sociales de santé (ISS) constitue aujourd'hui l'un des défis majeurs des politiques de santé publique en France. Elles se traduisent par des écarts significatifs en termes d'état de santé, d'espérance de vie et d'accès aux soins, en fonction du statut socio-économique, du niveau d'éducation, du lieu de résidence ou encore des conditions de travail. Elles sont profondément inéquitables, c'est-à-dire moralement ou éthiquement inacceptables, et sont potentiellement évitables (Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé [Fnors], 2024).

Ces disparités, qui s'observent dès la naissance et s'accumulent tout au long de la vie, sont le résultat de déterminants multiples, à la fois économiques, sociaux, environnementaux et culturels. Ainsi pour l'OMS, les politiques sociales et économiques sont en grande partie responsables de ces inégalités (OMS, 2018) et « *à cause du manque d'équité dans la façon dont les sociétés sont organisées, les possibilités de s'épanouir et d'être en bonne santé ne sont pas réparties équitablement entre sociétés et en leur sein.* » (OMS, 2008, p.3).

Si l'on prend l'exemple de la France, en 2020, selon l'Insee (2021), un homme vivant à Paris avait une espérance de vie de 80,2 ans, contre seulement 72,3 ans à Mayotte. De même, entre 2012 et 2016, les 5 % d'hommes les plus aisés, disposant en moyenne de 5 800 € de revenus mensuels, avaient une espérance de vie à la naissance de 84,4 ans, alors que celle des 5 % les plus modestes, dont le revenu moyen s'élevait à 470 € par mois, n'était que de 71,7 ans, soit un écart de 13 ans. Chez les femmes, bien que moins marqué, cet écart reste préoccupant : les plus aisées vivaient en moyenne 88,3 ans contre 80,0 ans pour les plus modestes, soit une différence de plus de 8 ans.

Le projet de **Stratégie nationale de santé 2023-2033** relève que dans les zones de faible densité médicale, les inégalités sociales, en se cumulant avec ces disparités géographiques, rendent le risque de renoncement aux soins huit fois plus élevé pour les personnes en situation de précarité.
Ces données illustrent l'influence déterminante des conditions socio-économiques sur la santé, au-delà des seules caractéristiques physiologiques individuelles. Elles reflètent une distribution inégale des ressources et des opportunités qui influencent la capacité des individus à adopter des comportements favorables à la santé et à bénéficier de soins de qualité.

La crise du Covid 19 de 2020 a d'ailleurs permis de révéler au grand jour ces inégalités sociales et territoriales de santé préexistantes. En effet, cette pandémie n'a pas affecté les territoires et les individus de manière uniforme et plusieurs études ont révélé que l'impact de la pandémie variait selon l'origine géographique, le niveau socio-économique, l'âge et le genre. Ainsi, la population a été touchée de façon inégale concernant l'exposition au virus, le risque de développer la maladie, en particulier dans ses formes graves, ainsi que par l'accès aux soins et aux mesures de protection collective (Counil et al., 2025).

En outre, les effets du confinement, ainsi que les répercussions économiques et psychologiques de l'épidémie, ont eu des conséquences plus graves pour certaines catégories sociales. Les personnes les plus vulnérables socialement ont été particulièrement affectées, avec un risque accru de décès, un phénomène particulièrement marqué chez les populations immigrées (Counil et al., 2025). La pandémie a également agi comme un accélérateur des inégalités sociales

de santé, notamment pour les jeunes et les personnes les plus modestes, en particulier les immigrés non européens, qui subissent les conséquences à moyen terme de cette crise. Les mesures de prévention collectives, comme le confinement, n'ont donc pas eu un effet protecteur uniforme : elles ont dégradé la santé mentale des plus modestes, en particulier celle des jeunes et des femmes, accentuant les inégalités de genre et générationnelles (Peretti-Wattel, 2025). Les opportunités de télétravail, liées aux catégories socio-professionnelles (Lambert & Cayouette-Remblière, 2025) et la situation des travailleurs dits « de seconde ligne » ont aussi mis en évidence des disparités dans le monde du travail (Counil et al., 2025).

Cependant, certaines initiatives favorables à la santé ont montré l'importance de prendre en compte les plus vulnérables. Ainsi, à Marseille, durant la pandémie de Covid-19, l'association Prospective et Coopération et l'équipe mobile de l'Hôpital Européen, implanté dans un quartier défavorisé de la ville, se sont associés pour aller à la rencontre des habitants les plus précaires, directement sur leurs lieux de vie. Leur mission consistait à informer la population, réaliser des dépistages, identifier les personnes-contacts, accompagner les malades dans l'isolement et assurer la vaccination. Cette initiative de médiation en santé se poursuit aujourd'hui à travers le programme CORHESAN dédié à la promotion du dépistage des cancers et au rattrapage des vaccinations de routine (Rebaudet, 2025). Cette crise semble avoir ainsi rappelé la nécessité des démarches « d'aller vers » celles et ceux qui sont éloignés du système de santé, l'enjeu étant de leur permettre d'accéder aux soins et à leurs droits. De plus, pour le sociologue Cyprien Avenel, cette démarche offre la possibilité d'intervenir en amont « *avant que les difficultés ne soient installées* » (Avenel, 2021, p.9). Ces éléments participent à une réflexion plus globale concernant l'importance des démarches participatives et la nécessité d'inclure les populations, en particulier les plus vulnérables socialement, dans les décisions qui les concernent, ceci afin de mettre en place des actions de santé publique équitables et une gestion territoriale proche des habitants. En effet, si l'organisation centralisée du système de santé français a longtemps été perçue comme garante d'une égalité théorique d'accès aux soins, elle a en réalité contribué à masquer des disparités importantes entre les territoires.

Cependant, comme l'indique Marina Honta, il est important de noter que « *l'essentiel des inégalités sociales de santé se joue en amont du système de soins* » (Honta, 2019, p.13) et ne dépendent pas uniquement d'un cadre biomédical. On peut citer le cas des inégalités environnementales avec l'exemple du changement climatique qui se trouve être un facteur aggravant des inégalités en matière de santé. C'est ce que révèlent plusieurs études comme celle de la Drees (2024) qui rapporte qu'en France métropolitaine, les jeunes enfants les plus exposés à la pollution de l'air par les particules fines appartiennent à la fois aux ménages les plus riches et aux plus pauvres. Les familles aisées vivent souvent dans de grandes zones urbaines, où la pollution est concentrée, tandis que les ménages modestes résident dans les quartiers les plus pollués de ces mêmes zones. Cependant, l'impact de cette exposition varie selon la vulnérabilité des enfants : ceux issus de milieux défavorisés sont généralement en moins bonne santé dès la naissance et sont ainsi plus affectés par cette pollution. Une autre étude parue la même année (Adélaïde et al., 2024) a analysé entre 2000 et 2018, l'exposition des populations à la chaleur, à la pollution de l'air et au manque de végétation, ainsi que leur lien avec la privation sociale. L'étude montre que les quartiers urbains les plus défavorisés sont plus susceptibles de se trouver dans ces zones critiques, cumulant chaleur, pollution et faible végétation. Elle propose ainsi pour la première fois une méthode permettant d'identifier ces zones de vulnérabilité environnementale à l'échelle nationale.

Néanmoins, malgré des inégalités de santé prenant racine majoritairement hors du cadre biomédical, Thierry Lang, professeur en santé publique, remarque que ce dernier continue à restreindre la vision que l'on a de la santé (Lang, 2023) et donc par extension à freiner l'intégration de cette dernière dans toutes les politiques. Depuis plus de vingt ans, la lutte contre les inégalités sociales de santé (ISS) peine à devenir une véritable priorité des politiques publiques en France (CNCDH, 2022). Déjà en 2011, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) soulignait que ces inégalités n'étaient pas considérées comme un objet politique à part entière (Moleux et al., 2011) un constat toujours valable dix ans plus tard. Les grandes lois de santé adoptées depuis les années 2000, quand elles citent un objectif de réduction de ces inégalités, le font en se focalisant sur l'organisation du système de soins sans aborder la

dimension sociale des inégalités de santé. Ce n'est qu'en 2014, avec Marisol Touraine, que la réduction des ISS est présentée comme un objectif politique, reconnaissant que la santé dépend aussi de facteurs sociaux et économiques. Cependant, malgré son inscription dans la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, aucune réforme structurelle n'a réellement été engagée pour traduire cet objectif en actions concrètes (CNCDH, 2022). La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, centrée sur l'accès aux soins, a même abandonné toute référence explicite à la lutte contre les inégalités sociales de santé.

Pourtant, la réduction des inégalités sociales de santé dépend de la capacité des politiques publiques à agir sur les déterminants économiques et sociaux de leurs populations. Cette approche semble indispensable au développement d'environnements favorables à la santé qui soient accessibles à tous, quelques soient les situations ou les contextes sociaux dans lesquels évoluent les personnes. En reconnaissant que les disparités en matière de santé ne peuvent être réduites uniquement par des mesures centrées sur le système de soins et qu'il s'agit d'agir en amont, sur les conditions de vie et les opportunités offertes aux populations les plus vulnérables, il semblerait néanmoins que le projet de **Stratégie nationale de santé 2023-2033** et le **Plan national de santé publique 2018-2022** aient fait de la lutte contre les inégalités sociales une priorité de santé publique.

Pour agir en ce sens, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande plusieurs principes clés : l'intersectorialité, la coordination des acteurs locaux et le renforcement de la participation sociale (Karrer, 2018). L'objectif étant de décloisonner les interventions en impliquant des acteurs de divers champs professionnels et en mettant en place des réseaux de collaboration entre les différents niveaux de gouvernance. Cette approche permettrait d'agir de manière plus ciblée et efficace sur les déterminants sociaux de la santé, en tenant compte des particularités économiques, culturelles et environnementales propres à chaque territoire. Marina Honta, dans un article portant sur ce concept d'intersectionnalité dans les politiques locales, fait cependant le constat que ce décloisonnement reste complexe à mettre en place dans les collectivités.

En effet, les administrations publiques sont historiquement structurées par secteurs (santé, urbanisme, logement, environnement, etc.). Cela rend difficile toute approche intersectorielle étant donné que les acteurs ont des cultures professionnelles différentes, et que la santé publique reste souvent perçue sous une vision biomédicale, et non comme un enjeu transversal lié à la qualité de vie ou aux déterminants sociaux. De plus, le travail de sensibilisation à cette approche est long et peu compatible avec le temps politique. Il dépend souvent d'« entrepreneurs de cause », des individus convaincus qui militent pour une approche intégrée, mais dont l'implication peut parfois être perçue comme de l'ingérence. Ainsi, selon elle « l'*apparition de cette « culture du projet » favorisant l'émergence de dispositifs transversaux est, en effet, contrariée, d'une part, par la résistance au changement de certaines cultures professionnelles et, d'autre part, par un intérêt très variable manifesté envers la santé publique par les différents élus et responsables de services* » (Honta, 2019, p.16).

Par ailleurs, la répartition sectorielle des responsabilités au sein des municipalités (notamment entre maires adjoints) renforce la fragmentation des actions. Cette spécialisation crée des découpages entre les politiques sanitaires et sociales, laissant les agents « tiraillés » (Honta, 2019, p.16) entre deux logiques. Au final, bien que la mobilisation des élus locaux soit essentielle, elle ne garantit pas actuellement la cohérence des politiques de santé. De plus, la précarité économique et les contraintes budgétaires des collectivités territoriales peuvent limiter la portée des actions engagées, rendant nécessaire un soutien étatique et une coordination accrue entre les différents échelons de gouvernance.

Ainsi, la réduction des inégalités sociales de santé demeure un enjeu central et complexe des politiques publiques françaises. Ces inégalités, profondément enracinées dans les déterminants sociaux, économiques et environnementaux, ne peuvent être combattues par le seul système de soins. Et malgré un affichage de la lutte contre les inégalités sociales de santé dans les différentes politiques publiques depuis dix ans, la crise du Covid-19 a pourtant révélé avec force la vulnérabilité des populations les plus précaires. Et la situation ne semble pas s'améliorer (Lang, T., Menvielle, G., 2021). Si les stratégies nationales actuelles reconnaissent la nécessité d'une approche intersectorielle et participative, la mise en œuvre reste freinée, tant au niveau national qu'au niveau local par le

cloisonnement institutionnel, la diversité des intérêts locaux et le manque de coordination entre acteurs. Pour que cette approche soit pleinement efficace, elle doit donc s'accompagner d'une volonté politique forte, d'un financement adéquat et d'un suivi évaluatif rigoureux afin de garantir une réelle amélioration des conditions de santé pour tous (CNCDH, 2022).

Urbanité / ruralité : prendre en compte leurs spécificités

La territorialisation des politiques de santé est donc souvent présentée par les pouvoirs publics comme une réponse adaptée aux inégalités sociales de santé (Eliot et al., 2017 ; Polton, 2022) et la lutte contre ces inégalités constitue d'ailleurs l'un des axes fondateurs des politiques conduites par les Agences Régionales de Santé (ARS). Mais encore faudrait-il qu'elle tienne compte de la diversité des territoires concernés. En effet, les disparités d'accès aux soins et de conditions de vie ne s'expriment pas uniquement en termes socio-économiques, mais aussi en fonction des dynamiques territoriales. À ce titre, il devient essentiel de différencier les besoins et les réalités des espaces urbains et ruraux, dont les caractéristiques influencent profondément les déterminants de santé.

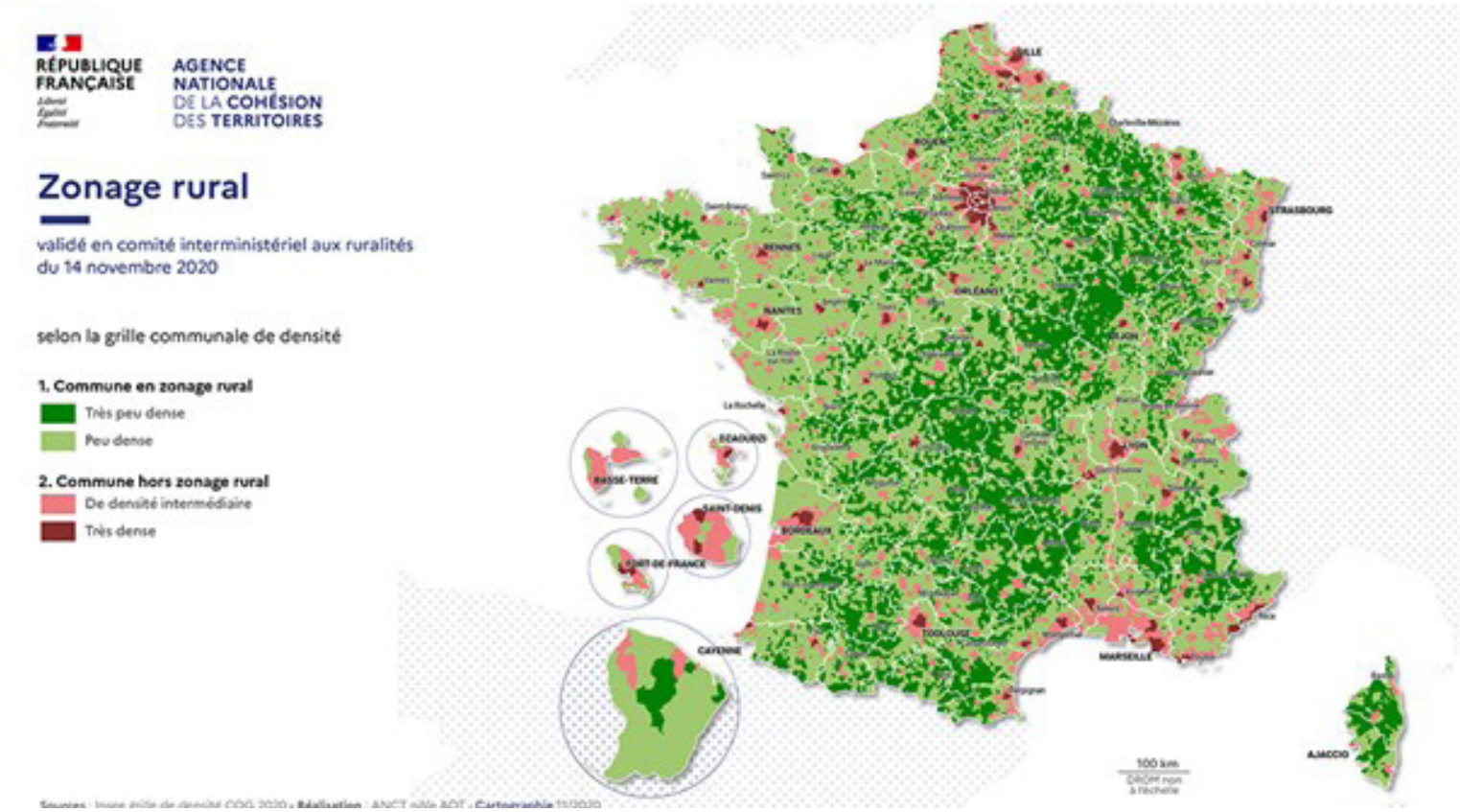
Espaces ruraux / espaces urbains : quelles définitions ?

Que pèsent les territoires ruraux au regard de l'ensemble de la population française ? En quoi ces spécificités de territoire entrent-elles en compte dans les inégalités sociales de santé ? Sur le plan sanitaire, social et environnemental, peut-on parler des mêmes dynamiques en place entre espaces ruraux et espaces urbains ? Observe-t-on des disparités notables entre ces deux catégories ou en leur sein ?

Pour répondre à ces questions, il semble tout d'abord nécessaire de définir ce qu'est un territoire rural et un territoire urbain. Ainsi, de manière générale, les espaces ruraux sont considérés comme « des espaces anthropisés, profondément modifiés par les sociétés, sans être pour autant entièrement artificialisés. Ils se distinguent des espaces dits « naturels », peu anthropisés, et des espaces urbains, dont la majorité des sols ont été artificialisés. » (Géoconfluences, 2024).

Concernant l'espace rural, sa définition reste complexe et évolutive. Notons que jusqu'à récemment, l'Insee appréhendait le territoire rural comme le « négatif de la ville » (Géoconfluences, 2024), en le définissant par opposition à l'urbain, sans prise en compte ses spécificités propres. Jusqu'en 2021, pour l'Insee, était considéré comme rural tout espace ne relevant pas du milieu urbain. Faisait ainsi partie des territoires ruraux les communes de moins de 2 000 habitants ou celles n'appartenant pas à une unité urbaine. Mais face aux critiques de plus en plus nombreuses, et suite au rapport de la mission « **Ruralités : une ambition à partager - 200 propositions pour un agenda rural** » de juillet 2019, l'Insee a décidé de faire évoluer sa classification, passant d'une définition en creux à une approche « en plein » basée sur un critère morphologique simple : la densité. Pour celà, a été mise au point une grille communale de densité, qui a été validée lors du Comité interministériel des ruralités (CIR) le 14 novembre 2020. Cette nouvelle grille de zonage rural permet dorénavant de distinguer quatre types de communes :

- les communes très denses,
- les communes de densité intermédiaire,
- les communes peu denses,
- les communes très peu denses



Désormais, d'après cette grille, en France, les territoires ruraux correspondent aux communes peu denses ou très peu denses, soit avec ce nouveau mode de lecture, 88 % des communes en France pour 33 % de la population
Cependant, cette définition présente certaines limites, notamment en raison de la diversité des territoires ruraux et de leurs interactions avec les espaces urbains. L'espace rural ne peut être réduit à une faible densité de population ou à l'activité agricole. Autrefois, les espaces ruraux se définissaient par leur fonction nourricière : ils produisaient des excédents alimentaires tandis que la ville était dépendante de ces ressources. Cette distinction a perdu de sa pertinence avec l'industrialisation et la tertiarisation des campagnes, où de nombreux habitants travaillent dans l'industrie ou les services, souvent en lien avec les espaces urbains.

Ces derniers, tels que définis en France depuis 2020, correspondent à une unité urbaine, c'est-à-dire une agglomération présentant une densité de population significative et offrant un nombre suffisant d'emplois. Cette unité urbaine est constituée d'une ou plusieurs communes ayant une continuité du bâti, sans coupure de plus de 200 mètres entre les constructions, et comptant au moins 2 000 habitants. Cette définition repose sur le zonage en aires d'attraction des villes, défini en 2020, qui détermine donc un pôle urbain en fonction de critères démographiques et économiques.
Est également utilisé le terme d'urbanité, une notion qui désigne la qualité propre des espaces urbains, liée à la densité et à la diversité des activités et des interactions sociales. Elle implique une mixité sociale et fonctionnelle dans un environnement caractérisé par une forte densité de population et de services. Cette notion varie selon les contextes géographiques et se manifeste particulièrement dans les centres-villes où l'espace public et les interactions sociales sont centrales. Cependant, l'urbanité peut être atténuée dans les périphéries urbaines ou les espaces périurbains où les usages sont plus segmentés et où les interactions sont moins intenses.

Les espaces périurbains, quant à eux, se trouvent en périphérie des agglomérations urbaines, caractérisés par un bâti discontinu et une forte dépendance aux zones urbaines pour le travail. Ces espaces ont émergé avec le développement de l'automobile et de nouveaux modes de mobilité au XXe siècle. Ils sont souvent définis par leur proximité avec une agglomération

mais sans continuité du bâti. Les espaces périurbains abritent diverses formes d'habitat, comme des lotissements pavillonnaires ou des zones d'activités, et sont parfois perçus comme un « tiers-espace », entre le rural et l'urbain.

En somme, l'espace urbain est défini par la concentration de population et d'emplois, caractérisé par des zones continues de bâti et une mixité fonctionnelle, tandis que l'espace périurbain représente une zone en transition, souvent perçue comme hybride, entre ces deux mondes.

Plutôt que des catégories strictes, l'urbain et le rural sont aujourd'hui perçus comme des ensembles de pratiques et de modes de vie. Cette approche met en avant les notions de ruralité et d'urbanité, qui décrivent des rapports à l'espace et des manières d'habiter plutôt qu'une simple localisation géographique. Par exemple, un néorural peut habiter en milieu rural tout en adoptant un mode de vie urbain. De même, un périurbain, vivant à la campagne mais travaillant en ville, passe une grande partie de son temps dans l'espace urbain. Ces réalités montrent que les frontières entre rural et urbain sont de plus en plus poreuses et que leur définition nécessite de prendre en compte les dynamiques sociales et économiques.

Espaces urbains : des défis environnementaux et sanitaires majeurs

L'urbanisation progresse à un rythme soutenu, transformant profondément les territoires et les modes de vie. En 2018, plus de la moitié de la population mondiale vivait en ville, et cette proportion devrait atteindre 68 % d'ici 2050.

Cette concentration humaine et économique engendre des défis majeurs, notamment en matière de santé publique et d'environnement.

Si les villes offrent des opportunités économiques et sociales, elles sont également le théâtre d'inégalités sociales de santé croissantes et d'une exposition accrue aux risques environnementaux. La pollution de l'air, le bruit, la chaleur excessive et la raréfaction des espaces naturels sont autant de menaces qui pèsent sur le bien-être des citadins.

Ces problématiques sont amplifiées par les effets du changement climatique, qui accentuent la fréquence et l'intensité des événements climatiques extrêmes, tels que les vagues de chaleur ou les inondations. Les impacts sanitaires de ces transformations sont considérables.

La pollution de l'air, notamment due au trafic routier et aux industries, est un facteur déterminant de nombreuses pathologies chroniques. Elle est associée à des affections respiratoires et cardiovasculaires, mais aussi à des maladies neurodégénératives et périnatales (Diallo et al., 2022). En France, près des trois quarts des décès prématurés liés à la pollution atmosphérique surviennent dans des zones urbaines de plus de 2 000 habitants (Diallo et al., 2022). Santé publique France estime qu'entre 5 à 10 cas de cancers sur 100 en France seraient directement causés par des facteurs environnementaux.

À cela s'ajoute le bruit urbain, dont les effets sur la santé sont souvent sous-estimés. Principalement causé par la circulation routière, il peut être responsable de troubles du sommeil, d'une augmentation du stress, d'une détérioration de la santé mentale et d'un risque accru de maladies cardiovasculaires. Chez les enfants, il est également associé à des difficultés d'apprentissage et de concentration (Diallo et al., 2022).

Les villes sont également particulièrement vulnérables aux événements extrêmes comme les canicules ou les inondations. La densification urbaine et le manque d'espaces verts accentuent l'effet des îlots de chaleur urbains (ICU), particulièrement dangereux pour les populations vulnérables, comme les personnes âgées, les enfants et les personnes en situation de précarité. Par ailleurs ce phénomène ne doit pas être considéré uniquement comme un phénomène climatique : il traduit en réalité une inégalité territoriale et sociale croissante. En effet, une étude récente de l'Insee (Grislain-Letrémy, 2024) analyse l'exposition des ménages français aux îlots de chaleur urbains dans neuf grandes villes françaises. Il en résulte que les ménages modestes sont en général plus exposés aux fortes chaleurs, en raison de leur concentration dans les quartiers denses, peu végétalisés et anciens, où la chaleur est davantage retenue. À l'inverse, les ménages aisés vivent souvent dans des zones plus vertes et moins denses, donc moins exposées, sauf à Paris, Bordeaux, Lille et Nantes, où les plus riches comme les plus pauvres résident en centre-ville et subissent des températures plus élevées. Cependant, dans ce cas de figure, les ménages pauvres, au contraire des ménages aisés ne disposent pas de moyens d'adaptation à ces vagues de chaleur (climatisation, logements isolés, résidences secondaires). L'étude met en évidence une injustice environnementale et sociale : les populations les plus modestes subissent davantage les effets du réchauffement climatique tout en disposant de moins de ressources pour s'y adapter.

Les vagues de chaleur, de plus en plus fréquentes, comptent parmi les catastrophes climatiques les plus meurtrières en Europe. Ainsi pour l'année 2023, Santé publique France indique que sur la période du 1er juin au 15 septembre, le nombre de décès attribuables à la chaleur s'élève à plus de 5 000, représentant ainsi plus de 3 % de la mortalité toutes causes observées. A noter que 75 % de ces décès sont survenus chez des populations âgées de 75 ans et plus, démontrant bien la vulnérabilité de certains groupes de population face à ces conditions climatiques extrêmes. En plus de leurs effets physiologiques, on peut également rappeler que les températures élevées sont corrélées à une augmentation des troubles mentaux et des comportements violents en milieu urbain, soulignant l'impact psychosocial du changement climatique sur les habitants des villes (Diallo et al., 2022).

Stratégies pour une ville plus saine

Pour améliorer la qualité de vie en ville et réduire les risques sanitaires, des stratégies de promotion de la santé sont indispensables, permettant ainsi de travailler sur des environnements plus favorables à la santé. Par ailleurs, une approche systémique et intersectorielle permettrait de rendre les espaces urbains plus durables et résilients face aux défis climatiques et sanitaires.

Plusieurs leviers d'action existent et peuvent être combinés pour améliorer durablement la qualité de vie en milieu urbain. Par exemple, la réduction du trafic routier et le développement des mobilités actives, telles que la marche et le vélo, sont souvent présentés comme une priorité. En effet, en limitant l'usage de la voiture individuelle et en favorisant les transports en commun non polluants, il est possible de diminuer la pollution de l'air et de réduire les nuisances sonores. Les mobilités actives contribuent ainsi à l'amélioration de la santé physique et mentale des citadins, en favorisant l'activité physique et en diminuant le stress lié aux embouteillages et à l'exposition aux polluants (Delage & Malâtre-Lansac, 2025).

Un autre levier fondamental réside dans la végétalisation des espaces urbains. L'intégration d'espaces verts au sein des villes permet de répondre à plusieurs enjeux simultanément. En plus de leur rôle dans la réduction des températures urbaines, les espaces verts favorisent la captation des polluants atmosphériques et participent à la régulation du cycle de l'eau, réduisant ainsi les risques d'inondation. Mais leurs bénéfices ne s'arrêtent pas aux aspects

environnementaux : ils jouent également un rôle clé dans le bien-être mental et social des habitants. La présence de végétation en milieu urbain est associée à une diminution du stress, à une meilleure santé mentale et à une réduction de la mortalité toutes causes confondues. Pour les enfants, grandir à proximité d'un espace vert favoriserait le développement cognitif et comportemental (OMS, 2016., Binter, 2021). Les parcs, jardins et espaces naturels sont aussi des lieux de rencontre et de cohésion sociale, contribuant à réduire l'isolement et à renforcer le tissu communautaire (Lavelle Sachs, 2024).

Vers une approche intégrée de la santé urbaine

L'urbanisme doit ainsi intégrer des critères de durabilité et de bien-être, en veillant à garantir un accès équitable aux infrastructures de santé et aux espaces verts pour tous les citoyens, indépendamment de leur âge, de leur origine ou de leur situation socio-économique. Il est crucial que la santé soit au cœur des politiques d'aménagement urbain. Une politique urbaine favorable à la santé passe donc par une planification territoriale prenant en compte l'ensemble des déterminants environnementaux : la qualité de l'air, le bruit, la température, mais aussi l'accès aux services essentiels et aux infrastructures adaptées. La réhabilitation des quartiers défavorisés, souvent les plus exposés aux nuisances urbaines (Roebbel, 2022), doit être une priorité pour réduire les inégalités sociales de santé.

Au-delà des actions locales, une coopération entre les différents acteurs – collectivités, urbanistes, chercheurs et citoyens – est essentielle pour assurer une transition vers des villes plus saines et résilientes, c'est-à-dire des villes « capable d'affronter les crises et leurs conséquences, tout en s'adaptant positivement et en se transformant pour devenir pérenne. Ainsi, une ville résiliente évalue, planifie et prend des mesures pour se préparer et réagir à tous les aléas – qu'ils soient soudains ou à évolution lente, prévus ou non. Les villes résilientes sont donc mieux à même de protéger et d'améliorer la vie des gens, de sécuriser leurs acquis, de promouvoir un environnement favorable aux investissements et de favoriser les changements positifs » (UN-Habitat, s.d.).

Pour cela, les politiques publiques doivent pouvoir s'appuyer sur des données scientifiques solides et intégrer la santé dans toutes les décisions d'aménagement urbain.

Des initiatives telles que les **Plans climat-air-énergie territoriaux (PCAET)** ou les stratégies de développement durable doivent être renforcées et coordonnées à une échelle plus large, afin de garantir des bénéfices durables pour la santé et l'environnement.

L'enjeu est de taille : il s'agit de concevoir des villes capables de s'adapter aux défis climatiques tout en préservant la santé et le bien-être des générations présentes et futures. Cela implique une transformation en profondeur des modes de vie et des infrastructures urbaines, en privilégiant des solutions basées sur la nature et en réduisant la dépendance aux énergies fossiles.

Les collectivités ont donc un rôle central à jouer dans cette transition. En mettant en place des politiques ambitieuses de réduction des pollutions, de végétalisation et de mobilité durable, elles peuvent contribuer à améliorer la qualité de vie des citadins et à lutter contre les inégalités sociales de santé. Il est impératif d'adopter une vision à long terme, où la santé publique, l'écologie et le développement urbain sont intégrés dans une approche cohérente et coordonnée. Transformer les villes pour les adapter aux enjeux du XXIe siècle n'est pas seulement une nécessité environnementale : c'est un impératif de santé publique et un engagement envers les générations futures.

Les enjeux de santé publique en milieu rural : défis et perspectives

La santé publique en milieu rural est confrontée à des défis multiples, qui englobent aussi bien l'accès aux soins que les inégalités territoriales, la santé mentale, les problématiques environnementales et les questions spécifiques liées aux femmes et aux jeunes. Si ces territoires sont souvent perçus à travers leurs carences (désertification médicale, éloignement des services, précarité) il est aussi essentiel de prendre en compte leurs spécificités et leurs richesses pour élaborer des stratégies de prévention et d'accompagnement adaptées.

Inégalités sociales et territoriales de santé

Les inégalités de santé entre zones rurales et urbaines sont bien documentées. En moyenne, selon une étude menée par l'Association des Maires Ruraux de France (2021), l'espérance de vie est inférieure de 2,2 ans pour les hommes et de 0,9 an pour les femmes en milieu rural. De plus, cette espérance de vie s'est améliorée deux fois plus vite en ville qu'à la campagne ces trente dernières années.

Le taux de mortalité est également plus élevé en milieu rural, avec un indice supérieur de six points, soit environ 14 216 décès de plus par classe d'âge par rapport aux zones urbaines. Ces écarts s'expliquent par plusieurs facteurs : une offre médicale plus réduite, une moindre accessibilité aux soins, mais aussi des conditions de vie différentes (mobilité individuelle dépendante de la voiture, éloignement des services publics, difficultés d'accès à l'emploi etc.) qui influencent la santé au quotidien.

Symbole de ces inégalités territoriales en matière de santé, l'accès aux soins reste l'une des préoccupations majeures des habitants des territoires ruraux. Ceux-ci font face à une pénurie de professionnels de santé, qui sont davantage concentrés dans les zones urbaines. A titre d'exemple, alors que 30 % de la population française vit en milieu rural, seuls 25 % des médecins généralistes y exercent (Sénat, 2024). Cette répartition inégale se traduit par une couverture médicale nettement plus faible : en moyenne, un médecin généraliste en milieu rural couvre 30 km², contre seulement 5 km² en zone urbaine. Ainsi les trois quarts des personnes les plus éloignées des professionnels de premier recours vivent dans des territoires ruraux. Les conséquences sont nombreuses : les habitants des zones rurales consomment 20 % de soins hospitaliers en moins que ceux des villes, notamment en raison des difficultés de transport et du manque de spécialistes (Sénat, 2024). La proximité des soins est pourtant un enjeu crucial, particulièrement pour les personnes âgées dont la mobilité est plus réduite qu'en milieu urbain du fait de l'absence de transports en commun. Cependant, la problématique de l'accès aux soins n'est qu'un aspect des enjeux de santé en milieu rural. D'autres facteurs, comme l'environnement social et économique, ont également un impact significatif sur la santé des populations rurales.

Être jeune en milieu rural

Si les jeunes vivant en milieu rural ne semblent pas plus exposés que les autres à des problèmes de santé spécifiques, en effet, les jeunes urbains semblent même leur accès aux services de prévention et d'accompagnement est souvent limité. La crise de la COVID-19 a mis en évidence les inégalités sociales et leurs conséquences sur la santé mentale des jeunes, particulièrement dans ces territoires où l'isolement est plus marqué. Comme pour leurs aînés, l'accès aux structures de soins reste compliqué avec également la problématique de la confidentialité.

En effet, en zone rurale, où «tout le monde se connaît» (Fabrique territoires santé, La santé des jeunes, 2023, p. 8) il peut être plus difficile pour un jeune de consulter en toute discrétion. De plus, les contraintes liées aux transports scolaires et au manque de mobilité personnelle limitent les possibilités d'accès aux soins et aux services d'écoute.

On remarque également que les jeunes ruraux sont plus éloignés des campagnes de prévention qui sont souvent organisées dans des contextes urbains ou lors d'événements ponctuels comme des festivals (Fabrique territoires santé, La santé des jeunes, 2023). Il est donc nécessaire de repenser ces interventions en les adaptant aux spécificités des territoires ruraux. Cela implique de nouer des partenariats avec des acteurs du champ éducatif, culturel et social, mais aussi d'accepter d'intervenir auprès de petits groupes de jeunes dans des contextes différents, comme lors de fêtes de village ou d'événements sportifs.

Les défis spécifiques aux femmes en milieu rural

De manière globale en France, il est reconnu que les femmes vivent plus longtemps que les hommes. Ainsi en 2020, l'espérance de vie des femmes était de 85,1 ans pour 79,1 ans pour les hommes. Cependant, lorsque l'on se penche sur l'espérance de vie en bonne santé, l'écart affiché entre femmes et hommes n'est plus aussi important. Ainsi en 2020, une femme de 65 ans pouvait espérer vivre 12,1 ans sans incapacité (maladies invalidantes, pathologies neurodégénératives ou encore d'arthrose) contre 10,6 ans pour un homme, ces chiffres mettant en avant un phénomène contradictoire : celui d'une espérance de vie plus longue mais en moins bonne santé (Inserm, 2024). De plus, on peut noter qu'au sein de ces inégalités en lien avec le genre, viennent se superposer des inégalités sociales et territoriales, les femmes vivant en milieu urbain ayant en effet une espérance de vie supérieure de 0,9 an à celle des femmes vivant dans les milieux ruraux. Pour autant, alors que ces dernières continuent à faire face à des inégalités importantes en matière de santé et d'accès aux soins, l'égalité femmes-hommes reste un sujet peu pris en compte dans les politiques publiques dédiées aux territoires ruraux. C'est le sujet du **rapport Femmes et ruralité : en finir avec les zones blanches de l'égalité** publié par le Sénat en 2021 qui, s'inquiétant de ce constat, propose plusieurs recommandations et pistes d'actions. Il note que les services de

santé dédiés aux femmes, notamment en gynécologie et en obstétrique, sont particulièrement insuffisants. La fermeture progressive des maternités et des centres de santé spécialisés dans la contraception et l'IVG accentue ces inégalités.

Mais celles-ci ne se cantonnent pas qu'à l'accès aux soins pour ces femmes. Les violences faites aux femmes constituent également une problématique majeure en milieu rural. Plusieurs facteurs expliquent ces difficultés : le manque de structures d'accueil, l'isolement géographique et la rareté des moyens de transport qui compliquent l'accès aux dispositifs d'aide, notamment pour les plus précaires dont la mobilité individuelle reste parfois très limitée (pas de permis, une seule voiture dans le couple etc.). De plus, la crainte du regard des proches et du voisinage freine les démarches des victimes. Le rapport du Sénat met en avant plusieurs points critiques, notamment une méconnaissance des droits, un manque de services de proximité et des disparités territoriales en matière de justice et de santé.

La santé mentale et l'isolement social

La santé mentale, plutôt associée à l'espace urbain dans l'imaginaire collectif, a longtemps été un impensé en milieu rural. Pour autant, bien que les jeunes urbains semblent plus exposés à la dépression que les jeunes ruraux, l'isolement se révèle également être un facteur clé de détérioration de la santé mentale en ruralité (Delage et al., 2025 ; IGAS, 2024). La suppression de nombreux services publics et la difficulté d'accès aux professionnels spécialisés renforcent ce sentiment de solitude, particulièrement chez les personnes âgées. L'éloignement des ressources médicales et l'absence de structures adaptées entraînent un report de la prise en charge des troubles psychiques, aggravant ainsi les situations de détresse. Ainsi, le taux de mortalité par suicide est une fois et demie plus élevé pour les hommes et 2,2 fois plus élevé pour les femmes en milieu rural qu'en milieu urbain selon l'étude de l'Association des Maires Ruraux de France (2021),. Les solutions doivent donc passer par un renforcement de l'offre de soins en santé mentale et une meilleure prise en compte des réalités locales dans les politiques de prévention et d'accompagnement.

Santé et environnement en milieu rural

L'environnement joue un rôle clé dans la santé des populations rurales. Les politiques locales en matière de logement, de transports, de qualité de l'eau et de gestion des espaces naturels influencent directement le bien-être des habitants. Cependant, aborder les questions environnementales en milieu rural peut s'avérer délicat, notamment en raison de la proximité avec le secteur agricole. Certains sujets, comme l'usage des pesticides ou les modes de production agricole, peuvent générer des tensions. Il est donc souvent préférable d'introduire ces thématiques à travers des actions plus consensuelles permettant ensuite d'aborder des sujets plus sensibles (Fabrique territoires santé, La santé environnementale, 2023).

De plus, l'approche locale est essentielle dans ce domaine, car elle permet d'intégrer les enjeux environnementaux dans une vision globale de la santé avec notamment l'approche «Une seule santé», ou "One Health" qui souligne l'interdépendance entre la santé humaine, animale et environnementale.

L'aménagement des espaces publics et leur impact sur la santé

Enfin, l'aménagement des espaces publics joue un rôle central dans la santé physique, mentale et sociale, des populations rurales. Cet aspect a été particulièrement mis en avant par la pandémie de COVID-19. En effet, cette crise sanitaire a révélé l'importance d'avoir accès à des espaces extérieurs de qualité pour maintenir une activité physique régulière, préserver le lien social et limiter les effets négatifs de l'isolement. Si cette question est souvent étudiée dans les contextes urbains, elle est tout aussi cruciale en milieu rural, où la structure de l'espace et la répartition des équipements influencent fortement les comportements et les habitudes de déplacement.

Dans de nombreuses communes rurales, les espaces publics y ont historiquement été aménagés en fonction de la circulation automobile, avec des infrastructures privilégiant la fluidité du trafic motorisé plutôt que les déplacements piétons. Les trottoirs sont souvent étroits, peu praticables et manquent d'aménagements adaptés pour les poussettes ou les personnes à mobilité réduite.

Ainsi la mise en œuvre de projets d'aménagements peut rencontrer plusieurs obstacles. Tout d'abord, la prédominance de la voiture dans les territoires ruraux constitue un frein important : les habitudes de déplacement sont profondément ancrées et la voiture reste souvent perçue comme un moyen de transport indispensable, en raison des distances plus importantes et d'une offre de transport public limitée. De plus, les petites communes disposent souvent de ressources financières et techniques restreintes, ce qui complique la réalisation d'aménagements ambitieux (Guilpain, 2023).

Enfin, un autre défi réside dans la nécessité de concilier les attentes et besoins variés des habitants, mais aussi dans l'intégration de ces derniers à la démarche de projet. Pour réussir à transformer les espaces publics ruraux en des lieux véritablement favorables à la santé, il est essentiel d'adopter une approche participative impliquant les habitants dans la définition des priorités et des solutions adaptées à leur contexte local. Cette démarche collaborative permet de mieux répondre aux attentes des usagers tout en assurant une meilleure acceptation des changements. En outre, plutôt que de se concentrer uniquement sur les manques et les carences, il serait intéressant de valoriser les spécificités de ces territoires et de développer des réponses adaptées aux réalités locales. En effet, selon Marie Guilpain, géographe travaillant sur les questions d'aménagement du territoire, « pour qu'un urbanisme favorable à la santé soit opérationnel en contexte rural, il s'agit de faire en sorte que les petites communes, et les équipes de conception avec lesquelles elles travaillent, soient en mesure de s'approprier les outils existants et de les adapter aux singularités du territoire. » (Guilpain, 2023, p. 13).

Néanmoins, pour que ces réponses soient efficaces et durables, elles nécessitent une mobilisation active des acteurs locaux. Dans ce contexte, il paraît alors essentiel de s'interroger sur le rôle que jouent les collectivités territoriales dans le champ de la santé publique, tant en matière de compétences que de leviers d'action.



Les compétences des collectivités territoriales en matière de santé

Les communes et les intercommunalités

Les communes jouent un rôle essentiel en matière de santé publique et de promotion de la santé, bien que cette compétence relève en premier lieu de l'État. En tant que collectivité territoriale de proximité, elles disposent de plusieurs leviers d'action qui leur permettent d'intervenir dans ce domaine, notamment à travers la police administrative et les services communaux d'hygiène et de santé. Toutefois, leur champ d'intervention est encadré par un cadre législatif et réglementaire qui limite leur autonomie, et les récentes évolutions vers l'intercommunalité ont contribué à redéfinir leur rôle.

La compétence sanitaire des communes : un rôle historique et juridique

Historiquement, les communes ont joué un rôle fondamental dans la gestion des questions sanitaires locales. Depuis le XIXe siècle, les maires sont en charge de la salubrité publique, ce qui s'explique par leur proximité avec la population et leur capacité à répondre rapidement aux crises sanitaires. Ce pouvoir leur est conféré par l'article L.2212-2 du Code général des collectivités territoriales, qui leur permet de prendre toutes les mesures nécessaires pour garantir la salubrité publique sur leur territoire. À ce titre, le maire est compétent pour prévenir les risques sanitaires et lutter contre les fléaux épidémiques ou contagieux.

Cette compétence s'est manifestée de manière concrète durant la pandémie de COVID-19, lorsque de nombreux maires ont pris des initiatives pour protéger leurs administrés, notamment en distribuant des masques, en organisant des campagnes de vaccination locales ou en mettant en place des services de téléconsultation.

Toutefois, l'action municipale en matière de santé est limitée par l'existence de polices administratives spéciales confiées à d'autres autorités publiques, notamment l'État et les agences régionales de santé (ARS). Ces dernières sont responsables de la mise en œuvre des politiques de santé définies au niveau national, ce qui peut entraver l'autonomie des communes. L'exemple des arrêtés municipaux imposant le port du masque, annulés par le juge administratif au motif que cette décision relevait de la compétence de l'État, illustre bien cette tension entre volonté d'action locale et cadre réglementaire centralisé (Renaudie, 2022).

L'implication des communes dans la santé environnementale

Outre la gestion des crises sanitaires, les communes jouent un rôle majeur en matière de santé environnementale. Dès l'après-guerre, elles ont été impliquées dans l'assainissement, la lutte contre l'habitat insalubre et la gestion des déchets, autant d'éléments qui influencent directement la santé des habitants. À partir des années 1980, des problématiques environnementales majeures, comme la pollution des eaux et des sols, ont renforcé cette prise de conscience. En Bretagne, les marées noires et leurs conséquences sanitaires ont illustré l'impact des catastrophes écologiques sur la santé des populations et ont conduit les élus locaux à intégrer ces enjeux dans leurs politiques publiques (Melscoët, 2019).

Au-delà des crises ponctuelles, les communes sont également responsables de l'environnement bâti et urbain, qui influe sur la santé des citoyens. La qualité de l'air intérieur, l'exposition au radon dans les bâtiments publics, la conception des infrastructures pour limiter les risques allergènes ou encore la promotion de modes de transport actifs (marche, vélo) sont autant de préoccupations qui s'intègrent dans la gestion communale. Par ces actions, les maires contribuent à une approche globale de la santé, qui ne se limite pas aux soins mais englobe également les conditions de vie et le bien-être des populations.

L'action sociale communale comme levier de promotion de la santé ?

Si la politique de santé relève principalement de l'État, les communes disposent d'un autre levier d'intervention important : l'action sociale (Leroux, 2022).

Grâce aux centres communaux d'action sociale (CCAS) ou aux centres intercommunaux d'action sociale (CIAS), elles peuvent mettre en place des dispositifs destinés à améliorer les conditions de vie des habitants et, par extension, leur état de santé. L'aide aux personnes âgées et handicapées, la lutte contre l'exclusion, l'accès au logement ou encore l'insertion professionnelle sont autant de domaines dans lesquels les communes peuvent intervenir pour réduire les inégalités sociales et favoriser une meilleure santé publique. Les actions sociales menées par les communes sont souvent différenciées entre l'aide sociale légale, qui relève principalement des départements, et l'action sociale facultative, qui dépend du bon vouloir des municipalités. Grâce à la clause de compétence générale, les communes ont la possibilité d'innover en mettant en place des initiatives spécifiques, comme des aides à l'accès aux soins, des campagnes de prévention ou des programmes de promotion de l'activité physique et d'une alimentation équilibrée.

Les limites de l'action communale et l'évolution vers l'intercommunalité

Les communes ont toujours occupé une place centrale dans la promotion et la protection de la santé publique. Historiquement impliquées dans la salubrité, la prévention sanitaire et l'action sociale, elles sont au plus proche des habitants et de leurs besoins. Toutefois, malgré leur engagement, leur champ d'action est aujourd'hui limité par plusieurs facteurs.

Pour Renaudie (2022), un de ces facteurs se trouve être la centralisation de la politique sanitaire par l'État, qui peut parfois constituer un frein aux initiatives locales. Ainsi, il note que les maires disposent de marges d'action limitées dans certains domaines, notamment ceux relevant des compétences régaliennes de l'État comme la défense, la justice ou la diplomatie. Cette contrainte s'étend également à des secteurs tels que la santé publique.

La crise sanitaire liée à la COVID-19 a mis en évidence ce paradoxe : bien que les élus locaux aient joué un rôle essentiel dans la gestion de proximité (approvisionnement en masques, soutien aux professionnels de santé, organisation de la vaccination), leurs pouvoirs juridiques en matière sanitaire demeurent restreints, le Code de la santé publique confiant cette responsabilité à l'État afin d'assurer l'égalité d'accès aux soins. Ainsi, plusieurs arrêtés municipaux pris pendant la pandémie ont été annulés par la justice pour incompétence, au nom de la cohérence des politiques nationales. Cette situation soulève la question de la place réelle des maires dans la gouvernance territoriale, à une époque où la décentralisation et la différenciation territoriale sont pourtant présentées comme des priorités.

D'autre part, la montée en puissance de l'intercommunalité a entraîné un transfert progressif de nombreuses compétences vers des structures plus larges, telles que les communautés de communes ou les métropoles (Renaudie, 2022). Face aux limites de l'action communale et aux défis croissants du système de santé, l'intercommunalité apparaît en effet comme un acteur clé dans l'organisation territoriale de l'offre de soins. Elle dispose d'un cadre d'action déjà réglementé, à travers la gestion des centres de santé, les aides à l'installation des professionnels de santé, ou encore l'encouragement de l'exercice coordonné entre médecins, lui permettant d'apporter des réponses adaptées aux besoins locaux, aussi bien à court terme (mise en place de solutions d'urgence) qu'à plus long terme (structuration d'une offre de soins plus équilibrée). En intégrant la santé dans une vision globale des politiques publiques, elle contribue à une meilleure prise en compte des déterminants de santé et à une action plus cohérente en faveur du bien-être des populations.

Toutefois, si ce mouvement permet de mutualiser les ressources et d'améliorer l'efficacité des politiques publiques, pour certains, il réduit également l'autonomie des maires en matière de santé. Si ces derniers demeurent des acteurs incontournables de la santé locale, la question de l'évolution de leurs compétences et de leur articulation avec les politiques nationales reste posée. Un renforcement des synergies entre l'État, les collectivités locales et les acteurs de santé pourrait permettre d'optimiser l'action publique et de mieux répondre aux enjeux de santé contemporains.

“PERCEPTION DES ARS PAR LES MAIRES”

Une enquête du Collège des DG d’Agences régionales de santé (ARS), réalisée par l’institut IPSOS, octobre 2024. A consulter ici

L’étude IPSOS, dévoilée lors du Salon des maires 2024, analyse la perception des Agences régionales de santé (ARS) par les élus locaux. Elle révèle :

Une bonne notoriété et une image positive

86% des maires déclarent connaître les ARS et en identifier les missions, tandis que 73% en ont une bonne image, principalement en raison de l’utilité perçue de leurs actions.

Une relation à renforcer avec les territoires

Malgré cette reconnaissance, 58% des maires estiment que les ARS restent éloignées des réalités locales. 78% souhaitent plus de visites sur le terrain et 68% demandent davantage d’interactions à l’échelle départementale.

Un besoin d’accompagnement accru

Les maires expriment des attentes en matière de clarification des réglementations (46%) et d’outils de communication pour mieux faire accepter les décisions en matière de santé (45%).

Face à ces attentes, le Collège des DG d’ARS s’engage à simplifier les procédures avec le ministère de la Santé et à renforcer le dialogue territorial. Les ARS visent une approche plus ancrée dans les réalités locales, privilégiant la compréhension des territoires à une expertise strictement technique.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé

PERCEPTION DES AGENCES REGIONALES DE SANTÉ PAR LES MAIRES* :

DES PARTENAIRES UTILES ET RECONNUS QUI DOIVENT GAGNER EN PROXIMITÉ



73% des maires ont une bonne image des ARS



86% des maires connaissent les ARS



6 maires sur 10

ont le sentiment que les ARS sont éloignées des communes telles que la leur

Les maires expriment le besoin d'un appui renforcé de la part des ARS pour leur fonction d'élu :

45% souhaitent des éléments de communication permettant d'améliorer l'acceptabilité des décisions en matière de santé

46% sollicitent des informations sur la réglementation et les obligations des élus en matière de politique publique

*** Echantillon raisonné de 250 maires dont :**
- *200 de communes de - de 5000 habitants*
- *50 de communes de + de 5000 habitants*

Échantillon interrogé par téléphone entre le 30 septembre et le 18 octobre 2024

Selon une enquête de l'institut IPSOS pour le Collège des directeurs généraux d'ARS - Octobre 2024

Les conseils départementaux

Le département est également un acteur de la santé publique et de la promotion de la santé en raison de ses compétences en matière d'action sociale et médico-sociale Ainsi depuis les lois de décentralisation de 1982-1983, le département est l'échelon central de l'aide sociale, qui s'articule autour de plusieurs axes majeurs (Donier, 2015). Il intervient dans l'organisation des vaccinations obligatoires, le président du conseil départemental désignant les médecins habilités, fixant les dates et lieux des campagnes de vaccination et veillant à leur mise en œuvre sur l'ensemble du territoire départemental.

Le département assure également la gestion du service de protection maternelle et infantile (PMI), dont il est à la fois responsable et principal financeur (Renaudie, 2023). Ce service joue un rôle fondamental en matière de prévention, en assurant le suivi médical des femmes enceintes et des jeunes enfants et en proposant un accompagnement à la parentalité. C'est également lui qui prend en charge l'aide sociale à l'enfance (ASE), un service visant à protéger les mineurs en danger et à soutenir les familles en difficulté. Cependant ces dernières années, de nombreux rapports et états des lieux pointent une grande difficulté des départements à assurer ces missions, notamment en ce qui concerne l'aide sociale à l'enfance (Miller & Santiago, 2025).

Le conseil départemental exerce, de plus, une compétence en matière de gestion et d'autorisation d'établissements sociaux et médico-sociaux. Il est ainsi chargé d'autoriser la création de certaines structures d'accueil, en particulier celles destinées aux personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie. Il intervient également en matière de planification, le président du conseil départemental élaborant des schémas d'organisation sociale et médico-sociale, notamment pour les personnes en situation de handicap. Comme l'indique l'article L312-4 du Code de l'action sociale et des familles, ces schémas visent à adapter les dispositifs d'accompagnement aux réalités locales et doivent être établis en cohérence avec le schéma régional de santé, élaboré par l'Agence Régionale de Santé (ARS).

De même, cette responsabilité départementale s'applique à la gestion de certains établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), ce qui confère au département un rôle clé dans l'accompagnement du vieillissement de la population.
Enfin, une autre de ses missions consiste à accompagner l'insertion sociale et professionnelle de ses habitants, notamment à travers la gestion du Revenu de Solidarité Active (RSA).

Les conseils régionaux

Le rôle des Agences Régionales de Santé

Concernant le niveau régional, il est intéressant de noter qu'en matière de santé, le rôle fondamental n'est pas dévolu aux conseils régionaux mais aux agences régionales de santé (ARS), qui constituent le « pivot territorial des politiques de santé » (Chauvet, 2016, p. 405). Ces dernières ont été créées par la loi "Hôpital, patients, santé et territoires" du 21 juillet 2009 («Loi HPST»).
Succédant aux agences régionales d'hospitalisation, elles ont été instaurées avec un double objectif (Renaudie, 2023) :

- Améliorer la lisibilité du pilotage sanitaire en fusionnant plusieurs autorités préexistantes
- Mieux maîtriser l'offre de soins pour lutter contre les inégalités territoriales

Placées sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie et du médico-social, elles sont dirigées par des directeurs généraux nommés en Conseil des ministres, et présidées par le préfet de région. Selon l'article L1431-2 du Code de la santé publique leur mission principale est de décliner la politique nationale de santé en « en tenant compte des spécificités de chaque région ». Elles assurent ainsi l'observation sanitaire, la promotion de la santé et la régulation de l'offre de soins. À ce titre, elles autorisent et contrôlent les établissements de santé et médico-sociaux, veillent à une répartition équilibrée des services de soins et facilitent l'installation des professionnels de santé dans les territoires sous-dotés.

Cependant, les ARS sont régulièrement critiquées du fait de leur mode de fonctionnement n'intégrant que très peu les collectivités territoriales (Sénat, 2020). Dans le rapport d'information du Sénat de 2021 intitulé L**es collectivités territoriales : un intervenant de santé publique à part entière**, il est d'ailleurs indiqué que lors de la crise du Covid-19 "Le fonctionnement des ARS s'est révélé n'être pas en phase avec les difficultés posées par le contexte de pandémie. [...]. Pour l'assemblée des communautés de France (ADCF), dans sa réponse au questionnaire des rapporteurs, « le ministère de la santé (qui avait bien sûr de nombreuses urgences à gérer) a très peu su travailler avec les collectivités, tant au niveau national que sur le terrain. Cette tendance « hospitalo-centrée » du ministère, voire des ARS [...] est assez révélatrice d'une faible culture de la santé et de la prévention en France. Les témoignages recueillis par la mission indiquent ainsi que les agences ont peu ou pas communiqué avec les élus et que la coordination entre les différents services de l'État a été insuffisante." (Sénat, 2021, p. 16-17).

Ainsi, malgré leur rôle régional, les ARS restent des établissements publics dépendants de l'État, et de fait, la place des collectivités territoriales dans la gouvernance de la santé demeure encore particulièrement limitée. Par ailleurs, si la **loi 3DS du 21 février 2022** a certes transformé les conseils de surveillance de l'ARS en conseils d'administration, avec une représentation accrue des collectivités, elle n'a pourtant pas octroyé à ces dernières de véritables pouvoirs décisionnels en matière de santé (Renaudie, 2023).

De fait, bien que l'échelon régional ait été promu comme cadre principal de l'action sanitaire de l'État au niveau local, les conseils régionaux disposent de compétences relativement modestes en santé, réparties en trois grands axes :

La prévention sanitaire

Conformément à l'article L. 1424-1 du Code de la santé publique, le conseil régional peut définir des objectifs de santé spécifiques et mettre en œuvre des actions de prévention. Toutefois, cette prérogative reste encadrée par l'article **L. 4221-1 du Code général des collectivités territoriales**, qui limite son intervention aux domaines du développement économique, social, sanitaire, culturel et scientifique. Il doit par ailleurs informer l'ARS et le représentant de l'État de ses actions et

des moyens mobilisés. De fait, son rôle en matière de prévention se traduit essentiellement par des campagnes d'information, comme ce fut le cas par exemple dans le cadre de la crise sanitaire du Covid-19. Son intervention s'étend aussi aux établissements dont il a la charge, comme les lycées, où il peut promouvoir des politiques de santé adaptées aux jeunes.

La formation des professionnels de santé

Depuis la **loi du 13 août 2004**, les régions sont responsables de la formation de plusieurs catégories de soignants. Elles délivrent les autorisations de création d'instituts de formation pour les aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et cadres de santé, après avis de l'ARS. Elles financent également le fonctionnement et l'équipement de ces établissements, y compris ceux formant les sages-femmes et les préparateurs en pharmacie hospitalière lorsqu'ils sont publics. Cette compétence régionale traduit un lien fort entre formation et territoire, permettant idéalement d'adapter l'offre de formation aux besoins locaux en professionnels de santé.

La lutte contre les disparités territoriales et les déserts médicaux

Face à l'inégale répartition des professionnels de santé, les régions peuvent attribuer des aides financières afin d'encourager l'installation et le maintien de praticiens dans les territoires en tension. Contrairement aux prérogatives des ARS, cette compétence repose non pas sur le code de la santé publique, mais sur l'article **L. 1511-8 du Code général des collectivités territoriales**, introduit par la loi du 23 février 2005. En outre, elles soutiennent financièrement les structures de permanence des soins, comme les maisons de santé pluridisciplinaires, qui jouent un rôle clé dans l'accès aux soins de proximité.
Lors de la crise du coronavirus, les conseils régionaux ont également démontré leur engagement en matière de santé publique en créant des fonds d'équipement d'urgence destinés aux soignants. Ces fonds ont permis l'achat de masques, blouses, gants et gel hydroalcoolique (Sénat, 2021).

Au-delà de ces trois axes, les régions cherchent à assurer un rôle croissant dans la santé environnementale à travers le Plan Régional Santé Environnement (PRSE). Élaboré en partenariat avec l'État et l'ARS, il décline au niveau local les actions du **Plan National Santé Environnement (PNSE)**. Son objectif est d'identifier et prévenir les pathologies liées à l'environnement, en favorisant des conditions de vie saines pour les citoyens. Les régions peuvent également soutenir la recherche académique en santé et intégrer des critères d'éco-socio-conditionnalité dans leurs appels à projets et aides financières. Elles ont ainsi la possibilité d'agir sur les déterminants de santé en influençant des domaines comme l'urbanisme, la mobilité ou la rénovation des infrastructures éducatives et sanitaires. Par exemple, elles peuvent encourager la prise en compte des enjeux de promotion de la santé dans les projets de rénovation des lycées et instituts de formation sanitaire et sociale, favoriser les mobilités douces et repenser les espaces publics pour qu'ils soient plus propices au bien-être et à la prévention des risques sanitaires.

Si les régions parviennent à agir sur plusieurs leviers de la santé publique, elles restent néanmoins contraintes par le cadre législatif et institutionnel. La suppression de la clause générale de compétence par la loi NOTRe les a recentrées sur des compétences spécifiques (Honta, 2019), réduisant leur marge de manœuvre en santé. Cette réforme, couplée à la baisse des dotations de l'État aux collectivités, accroît la méfiance entre les acteurs locaux et l'État. Les collectivités locales perçoivent souvent l'État comme un partenaire instable, modifiant fréquemment les règles de financement des projets, tandis que l'État demeure réticent à toute dynamique de décentralisation dans les secteurs régaliens comme la santé, la sécurité, la justice ou l'éducation. Il considère souvent l'action locale comme trop politisée, instable et source d'inégalités territoriales (Honta, 2019).

Le paysage de la gouvernance sanitaire en France est marqué par une prédominance de l'État, via les ARS, et un rôle secondaire des régions, limité à la prévention, à la formation et à la lutte contre les inégalités d'accès aux soins. Néanmoins, les régions ont su investir des champs d'action complémentaires, notamment en santé environnementale et en promotion de la santé. Toutefois, la réforme territoriale et la réduction des financements publics fragilisent

leur action. À l'avenir, la question du renforcement des compétences locales en santé pourrait se poser, notamment pour mieux répondre aux besoins spécifiques des territoires et favoriser une approche plus intégrée de la santé publique.

Ainsi, bien que leurs compétences soient encadrées par un cadre législatif et réglementaire assez restrictif, les collectivités territoriales ont pourtant un rôle à jouer dans les politiques de santé publique. Les communes, départements et régions disposent de leviers d'action variés, allant de la gestion des crises sanitaires à la prévention environnementale, en passant par l'action sociale et la formation des professionnels de santé. Cependant, la centralisation des politiques de santé par l'État et les ARS limite leur autonomie, tout en soulignant la nécessité d'une meilleure coordination entre les différents échelons de gouvernance. La montée en puissance de l'intercommunalité et les attentes des élus locaux pour un dialogue renforcé avec les ARS illustrent les défis contemporains en santé publique, appelant à une gouvernance plus intégrée et adaptée aux réalités territoriales.

Il apparaît également essentiel de dépasser une approche cloisonnée pour intégrer la santé à l'ensemble des politiques publiques. Si les communes, départements et régions disposent de leviers d'action importants, leur efficacité repose sur une transformation culturelle et organisationnelle. Cela implique de développer une véritable culture de la promotion de la santé, en formant les élus et agents, en rendant les enjeux accessibles et en favorisant une approche transversale et collaborative.



Intégrer la santé à toutes les politiques publiques

Développer une culture de la promotion de la santé

Instaurer une véritable culture de la promotion de la santé dans les collectivités territoriales constitue un enjeu stratégique pour améliorer durablement le bien-être des populations. Ce processus repose sur une acculturation progressive des élus, des techniciens et des partenaires locaux aux principes de la santé globale, une meilleure compréhension des déterminants de santé, et la création de dynamiques transversales adaptées aux réalités territoriales. La santé n'est pas un domaine réservé aux professionnels du soin (Bayad, 2019). Elle est profondément influencée par les politiques publiques locales : urbanisme, mobilité, environnement, logement, accès aux services… Pourtant, la vision dominante reste souvent curative et centrée sur l'offre de soins. Pour beaucoup d'élus mais aussi d'agents territoriaux, le terme « santé » évoque l'hôpital ou l'installation de professionnels médicaux. Le défi est donc de faire évoluer ces représentations vers une approche plus globale, positive et préventive.

L'expérience de l'Agglomération Seine-Eure est édifiante. Dans le cadre de son contrat local de santé (CLS), l'intercommunalité a misé sur la formation continue des élus et agents via des modules e-learning pendant les confinements. Ces supports thématiques – alimentation, santé globale, sport sur ordonnance, promotion de la santé, etc. – ont permis une première montée en compétences et une prise de conscience collective. À la reprise en présentiel, la commission santé a rencontré un réel engouement, preuve que l'appropriation des enjeux peut se faire progressivement, à condition d'y consacrer des moyens adaptés.

Il s'agit également de rendre les discours sur la santé plus accessibles. Des expressions comme « déterminants de la santé », « coordination » ou même « territoire » peuvent sembler abstraites, voire technocratiques (Chambaud, 2019). Pour construire une culture commune, il est essentiel d'expliquer ces notions de façon concrète et contextualisée, en lien avec la vie quotidienne des habitants : qualité de l'air, accès au logement, lien social, alimentation locale, etc. Comme le souligne Laurent Chambaud, médecin de santé publique et ancien directeur de l'École des hautes études en santé publique (EHESP), il faut créer des zones de dialogue et de controverse, permettant aux élus de s'approprier ces concepts à travers des échanges et des retours d'expérience.

Pour permettre aux collectivités de développer des politiques de santé ambitieuses et adaptées, il est également nécessaire de travailler sur la question de l'accès aux données. Les élus et les techniciens ont besoin d'indicateurs fiables et localisés pour mieux comprendre les besoins de leur population, identifier les inégalités territoriales et mesurer l'impact de leurs actions. Cela suppose également un effort de vulgarisation et d'interprétation de ces données pour les rendre opérationnelles. En ce sens le courtage de connaissance est une piste prometteuse. L'exemple de la plateforme Géodépistage en Île-de-France, projet mené entre 2011 et 2017, illustre comment chercheurs, étudiants, institutions de santé et collectivités peuvent coconstruire des outils d'aide à la décision (Viot & Vaillant, 2017). En croisant les données territoriales, les freins sociaux à l'accès aux soins, et les logiques d'aménagement, les acteurs ont pu développer des réponses plus cohérentes et mieux ciblées. Cette approche illustre l'importance du décloisonnement entre disciplines et du rapprochement entre recherche et action publique.

Former les élus est une condition essentielle à cette transformation culturelle. L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a ainsi développé avec l'EHESP des formations en ligne spécifiquement dédiées aux décideurs locaux, afin de les outiller sur les questions de santé-environnement.

De même, des fédérations comme la FEMAS&Co accompagnent les élus dans la création de maisons de santé pluriprofessionnelles, en lien avec les enjeux d'accès aux soins. Ces actions participent à une meilleure compréhension des enjeux de santé publique, mais aussi à une légitimation des collectivités à agir dans ce champ.

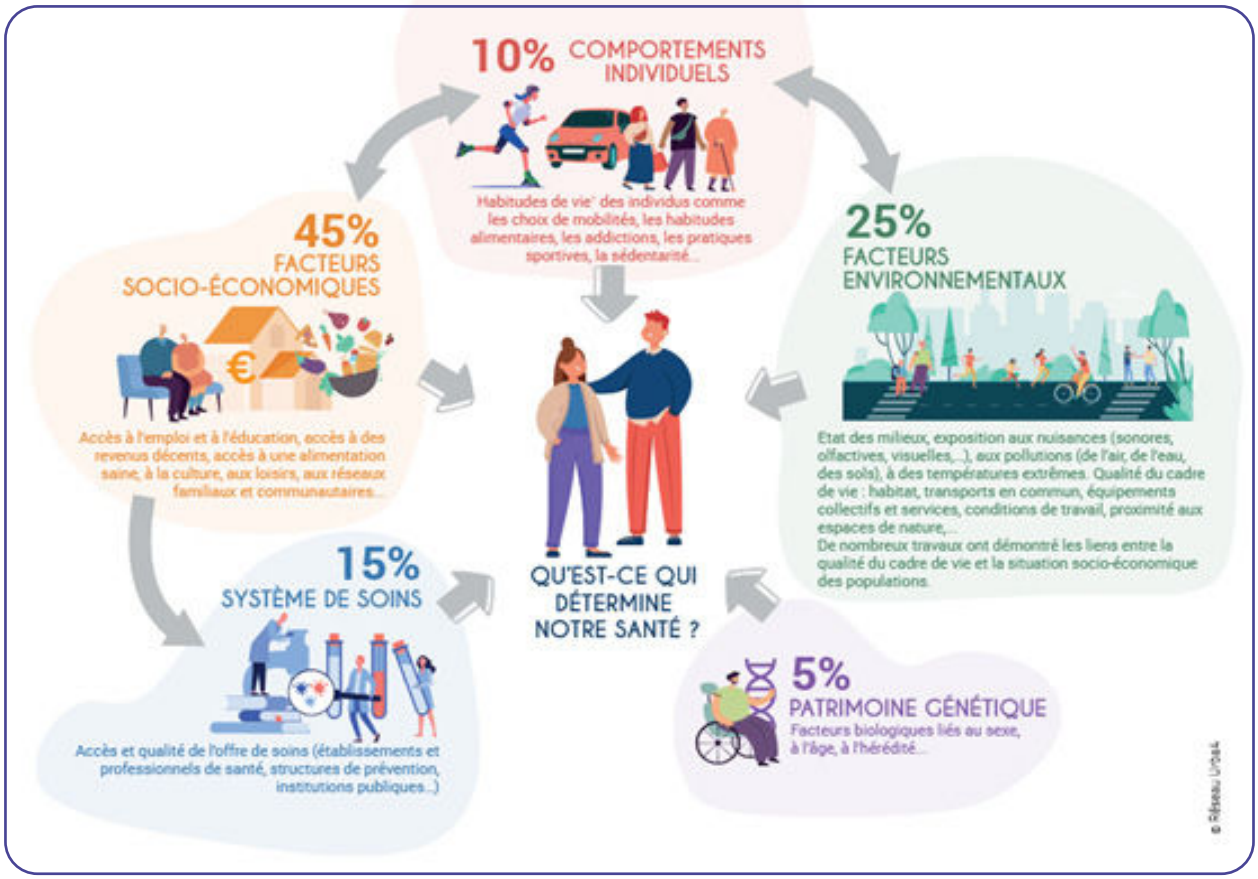
On peut également citer l'exemple de la démarche québécoise « ***Prendre soin de notre monde*** » dont l'objectif est de faire travailler ensemble des acteurs de tous les milieux afin de créer des environnements municipaux favorables à la santé (Paquin, 2022). Pour cela, le sujet de la santé a été placé à l'agenda des élus et des personnels municipaux via des colloques, des programmes de formation et la mise à disposition de ressources via des plateformes comme Agora, dédiée à la mise en place d'environnements municipaux plus sains.

Enfin, développer une culture de la promotion de la santé, c'est aussi encourager l'interconnaissance entre les acteurs locaux. Les réseaux en santé mis en place dans le cadre des CLS ou par les intercommunalités sont des espaces précieux pour renforcer la transversalité, partager les pratiques, et mobiliser des expertises diverses. Cette approche collaborative, fondée sur la proximité et l'écoute mutuelle, est particulièrement efficace pour faire émerger des projets intégrés, adaptés aux réalités locales.

Pour bâtir une politique de santé ambitieuse et durable, il ne suffit donc pas d'ajouter un volet santé à un projet de territoire. Il s'agit d'intégrer la santé dans toutes les politiques, de mobiliser tous les acteurs – élus, techniciens, associations, citoyens – et d'accompagner leur montée en compétences dans une dynamique d'apprentissage collectif.

Agir sur les déterminants de la santé

La santé est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme un état de bien-être complet, à la fois physique, mental et social, et ne se limite pas à l'absence de maladie. Cette définition met en lumière la complexité des facteurs influençant l'état de santé des populations : « Les déterminants de la santé désignent tous les facteurs qui influencent l'état de santé de la population, sans nécessairement être des causes directes de problèmes particuliers ou de maladies. Les déterminants de la santé sont associés aux comportements individuels et collectifs, aux conditions de vie et aux environnements. Il existe des disparités de répartition de ces déterminants entre les différents échelons de la société, engendrant ainsi des inégalités de santé. » (INSPQ, n.d.)

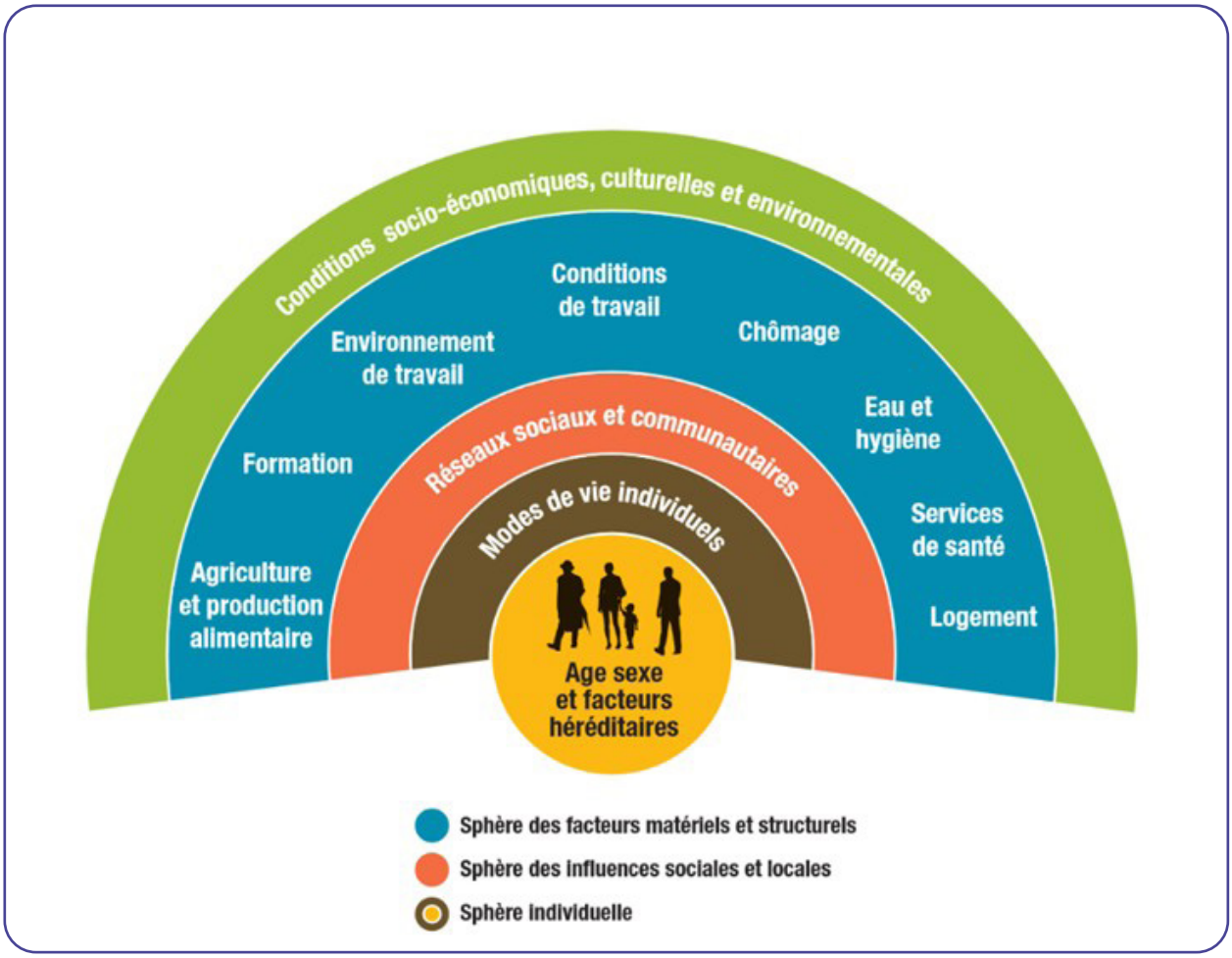


Sources : Représentation de Lalonde / Synthèse des travaux Barton et al. 2015 ; OMS, 2010 ; Cantoreggi N. et al. 2010 - Pondération des déterminants de la santé en Suisse, université de Genève ; Los Angeles County Department of Public Health, 2013 ; How Social and Economic Factors Affect Health

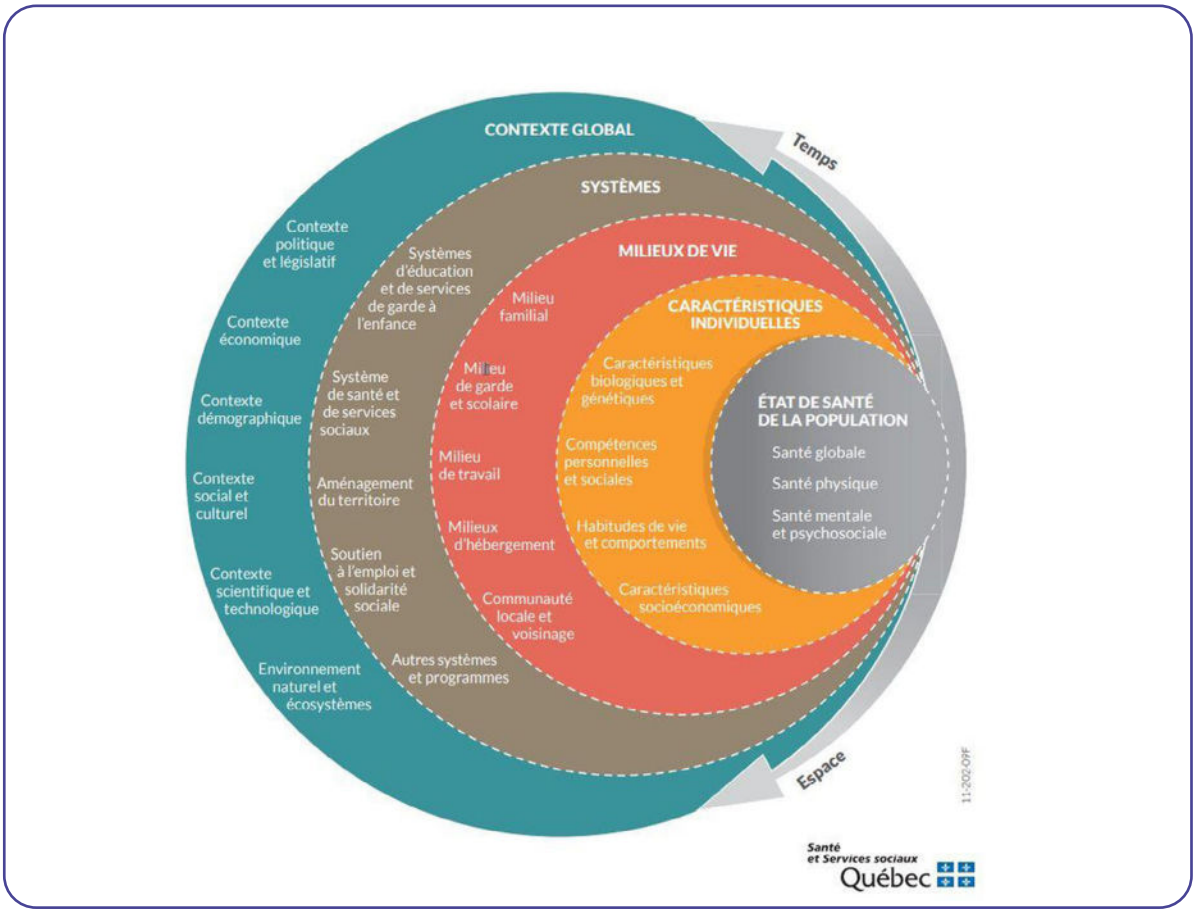
Ceux-ci sont donc multiples et interconnectés, et vont bien au-delà du seul accès aux soins médicaux. En effet, si avant le milieu du XXe siècle la santé des individus était principalement influencée par la propagation de maladies infectieuses telles que le choléra ou la tuberculose (Réseau français des Villes-Santé de l'OMS, 2015), de nos jours, ce sont surtout les maladies chroniques qui impactent la santé de la population, ces maladies étant étroitement liées aux conditions de vie et à l'environnement de chacun. Par conséquent, les collectivités locales sont amenées à jouer un rôle important dans l'amélioration de la santé des populations en mettant en place des politiques publiques visant à agir sur ces déterminants. Cet enjeu impose une approche transversale, où la santé est intégrée dans toutes les politiques publiques locales : urbanisme, transport, environnement, logement, éducation, emploi, etc.

Dès 1974, le rapport Lalonde, qui a introduit les prémices du concept de promotion de la santé, a identifié quatre grandes catégories de déterminants : la biologie humaine, les facteurs environnementaux, les habitudes de vie et l'organisation des soins de santé. Depuis lors, d'autres modèles de déterminants ont été développés.

Par exemple, le modèle de Dahlgren et Whitehead de 1991 ou plus récemment le modèle du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec.



Modèle des déterminants de la santé de Dahlgren, et Whitehead (1991) issu du guide «Agir pour un urbanisme favorable à la santé, concepts et outils ; Guide EHESP/DGS, ROUÉ-LE GALL A., LE GALL J., POTELON J-L., ET CUZIN Y., 2014



Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants
(Ministère de la santé et des services sociaux du Québec)

Ces différents déterminants interagissent et influencent la santé des populations de manière directe ou indirecte. Par exemple, une mauvaise qualité de l'air peut entraîner des maladies respiratoires, tandis qu'un niveau de vie précaire peut limiter l'accès à une alimentation saine et à des soins de qualité. Il est donc crucial de ne pas se limiter à l'action sur les comportements individuels, mais d'agir sur l'ensemble de ces sphères.

Les collectivités locales peuvent intervenir pour agir sur ces besoins fondamentaux, à travers l'amélioration du logement, de la qualité de l'air et de l'eau, ou encore de la sécurité dans l'espace public. Elles disposent de compétences et de leviers d'action permettant d'améliorer durablement la santé de leurs habitants.

L'environnement physique ayant un impact considérable sur la santé des populations, les collectivités ont tout intérêt à s'emparer du sujet et à proposer des pistes d'actions pour travailler à la réduction de la pollution de l'air et des sols par des mesures de régulation du trafic et des normes environnementales plus strictes. Elles peuvent favoriser la mobilité active en développant des pistes cyclables, des zones piétonnes et des transports en commun accessibles et décarbonés. L'aménagement d'espaces verts et d'infrastructures sportives permet d'encourager l'activité physique et d'améliorer le cadre de vie. La lutte contre l'habitat indigne est également un levier essentiel pour prévenir les problèmes de santé liés à l'insalubrité des logements, comme la présence de moisissures, l'humidité excessive ou encore la précarité énergétique.

Les facteurs sociaux influencent également fortement la santé et sont au cœur de la lutte contre les inégalités. L'isolement social semble constituer un facteur aggravant de nombreuses pathologies telles que la dépression (Broche et al., 2023) ou les maladies cardiovasculaires (Cené et al., 2022). Depuis Durkheim, qui a mis en lumière l'impact de l'isolement social sur les comportements suicidaires, de nombreuses études ont confirmé que les personnes socialement isolées présentent des taux de mortalité bien plus élevés (OMS, 2025). A contrario, les interactions sociales positives favorisent, par exemple, la production d'hormones anti-stress comme l'ocytocine (Tang et al., 2020).

Parmi les solutions pouvant être envisagées par les collectivités, on peut citer le développement des lieux de rencontre intergénérationnels, le soutien à la vie associative, ou encore la mise en place de dispositifs de soutien à la parentalité et à l'insertion professionnelle. Par ailleurs, les inégalités sociales de santé étant fortement liées aux conditions économiques et à l'accès aux services essentiels, les collectivités peuvent améliorer l'offre de logements sociaux et garantir un accès à un habitat de qualité. Le soutien aux initiatives d'aide alimentaire et la promotion d'une alimentation équilibrée à prix abordable font partie des actions prioritaires.

Renforcer l'accès aux soins en développant des centres de santé municipaux ou en attirant des professionnels de santé dans les territoires sous-dotés est également une piste pertinente, qui cependant reste limitée du fait d'un contexte de pénurie des professionnels sur lequel les collectivités n'ont que peu de prise.

Mais promouvoir la santé ne se limite pas à l'information sur les risques sanitaires, cela implique également la mise en place d'environnements favorables à la santé. Pour cela, les collectivités peuvent intégrer la santé dans l'urbanisme et les projets d'aménagement. Sensibiliser et éduquer aux bonnes pratiques de santé, notamment en milieu scolaire, est essentiel. De même, favoriser l'accès à des services de prévention tels que la vaccination, le dépistage ou encore l'accompagnement aux addictions constitue un axe stratégique.

Les déterminants de santé constituent une grille d'analyse indispensable pour développer des politiques locales efficaces et équitables. Les collectivités ont la responsabilité d'adopter une approche transversale et coordonnée pour améliorer durablement la santé et le bien-être des populations (Honta, 2019). En mettant la santé au cœur de toutes leurs politiques, elles contribuent à réduire les inégalités, à préserver l'environnement et à favoriser une société plus inclusive et solidaire.



Les leviers d'action : dispositifs et outils

Pour permettre aux communes d'intervenir sur ces déterminants de santé et pallier le fait que leurs compétences en matière de santé publique soit juridiquement limitée, l'État a progressivement mis en place divers dispositifs pour favoriser leur implication. L'objectif : rapprocher les politiques de santé des réalités locales et permettre des actions concrètes au plus près des habitants. Ainsi sont nés les Ateliers Santé Ville (ASV), les Contrats Locaux de Santé (CLS), ou encore les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) et les dispositifs en santé environnementale.

Mais si ces outils permettent d'ancrer les enjeux de santé dans les territoires, leur mise en œuvre se heurte toutefois à une gouvernance morcelée. Entre dispositifs portés par les collectivités et ceux relevant du champ sanitaire (comme les GHT ou les CPTS), la superposition des instruments rend parfois difficile la coordination et l'élaboration d'un véritable projet territorial de santé partagé. Dans ce contexte, la place des élus et des agents locaux varie selon les dynamiques

Des exemples de dispositifs

Les Contrats Locaux de Santé (CLS) occupent aujourd'hui une place centrale dans les politiques territoriales de santé publique. Créés en 2009, ils se sont affirmés, notamment depuis la crise sanitaire, comme des instruments stratégiques de coordination locale et de mise en œuvre de la promotion de la santé. Leur objectif principal est de décliner le Projet Régional de Santé (PRS) à l'échelle communale ou intercommunale, par une contractualisation entre les Agences Régionales de Santé (ARS) et les collectivités territoriales. Ils mobilisent un ensemble d'acteurs autour d'un projet de santé partagé.

Initialement perçus comme de simples dispositifs de coordination ou des plans d'action, les CLS ont progressivement montré leur potentiel en tant qu'outils structurants. Ils sont censés favoriser le développement de dynamiques intersectorielles et de partenariats locaux, contribuant ainsi à une approche globale de la santé en intégrant les déterminants sociaux, environnementaux et économiques.

En ce sens, ils s'inscrivent pleinement dans la logique de « santé dans toutes les politiques ». Les recherches menées ces dernières années sur les CLS montrent ainsi comment le dispositif a pu évoluer au fil du temps et permettre :

- Le développement d'une culture commune autour des enjeux de santé publique au niveau local.
- L'élargissement du spectre des actions, dépassant les comportements individuels pour inclure les environnements de vie.
- L'émergence d'initiatives spontanées, souvent non prévues initialement, en réponse aux besoins spécifiques du territoire.
- L'extension géographique de projets réussis à des zones plus larges.
- La création ou le renforcement d'autres dispositifs locaux comme les CLSM, CPTS ou MSP, renforçant l'écosystème de santé territoriale.

Cependant, plusieurs défis doivent être relevés pour garantir l'efficacité et la pérennité des CLS. Tout d'abord, leur financement demeure une fragile. Une dépendance excessive aux appels à projets peut limiter leur capacité d'action. Un financement stable et pérenne est indispensable. Par ailleurs, leur positionnement dans le paysage des dispositifs locaux doit être clarifié, notamment vis-à-vis de l'émergence de nouvelles structures.

L'échelle de déploiement est également un enjeu. Si les CLS ont historiquement été pensés à l'échelle communale, la loi NOTRe a induit un glissement vers les intercommunalités, soulevant la question du lien au terrain et de la capacité d'animer efficacement de larges territoires. Le rôle des un·e coordonnateur·trice de CLS apparaît ici essentiel : leur ancrage local, leur connaissance fine des enjeux de terrain et leur capacité à fédérer les acteurs sont des leviers clés de réussite.

Un autre point de vigilance concerne la participation des habitants, encore trop marginale ou symbolique. Pourtant, leur implication est déterminante tant pour la qualité des actions que pour une démarche véritablement démocratique.

Les conseils locaux de santé mentale

Si la santé n'est pas une compétence obligatoire des communes, elle est pourtant une responsabilité collective et partagée, et notamment en matière de santé mentale. Dans un contexte de territorialisation de l'action publique, les communes apparaissent aujourd'hui comme des actrices légitimes dans la construction de politiques de santé mentale cohérentes, transversales et ancrées localement. Le Conseil Local en Santé Mentale (CLSM) est un dispositif de concertation et de coordination autour des enjeux de santé mentale sur un territoire donné. Présidé par un·e élu·e local·e, co-animé par la psychiatrie publique, il est piloté au quotidien par un·e coordonnateur·trice. Le CLSM rassemble une diversité d'acteurs : usagers, aidants, professionnels de santé, travailleurs sociaux, institutions médico-sociales, associations locales, et services municipaux. Cette gouvernance plurielle incarne une logique de démocratie sanitaire fondée sur l'égalité de participation des personnes concernées.

Les CLSM s'inscrivent dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale (PTSM), définis par la loi de santé de 2016, et encouragés dans les quartiers prioritaires lors de la mise en place de la **Stratégie nationale de santé 2018-2022**. L'instruction interministérielle du 30 septembre 2016 recommande leur généralisation, en les positionnant comme volet santé mentale des contrats de ville ou des Contrats Locaux de Santé (CLS).

Concernant ses missions, le CLSM ne se limite pas à une fonction de veille. Il propose un cadre d'action collective pour améliorer la santé mentale des habitant·es. Il permet de co-construire des projets concrets, en croisant les expertises professionnelles, les savoirs expérientiels des usagers et les compétences municipales. En cela, il constitue une interface essentielle entre :

- les institutions du soin, du social et du médico-social ;
- les associations locales de santé mentale, d'insertion ou de prévention ;
- l'ensemble des services municipaux (logement, éducation, petite enfance, environnement, démocratie locale, etc.).

La santé mentale ne dépend pas uniquement des soins médicaux : elle est profondément influencée par des facteurs sociaux tels que la précarité, l'isolement, les difficultés d'accès au logement, ou encore la stigmatisation (Arfeuillère & Saget, 2025 ; ARS PACA, 2023).

En cela, le CLSM agit à l'intersection du soin et de l'organisation sociale. Il permet de mobiliser les politiques publiques locales pour agir en prévention, à tous les niveaux : primaire (éviter l'apparition de troubles), secondaire (réduire les impacts), ou tertiaire (éviter les rechutes et favoriser la réinsertion).

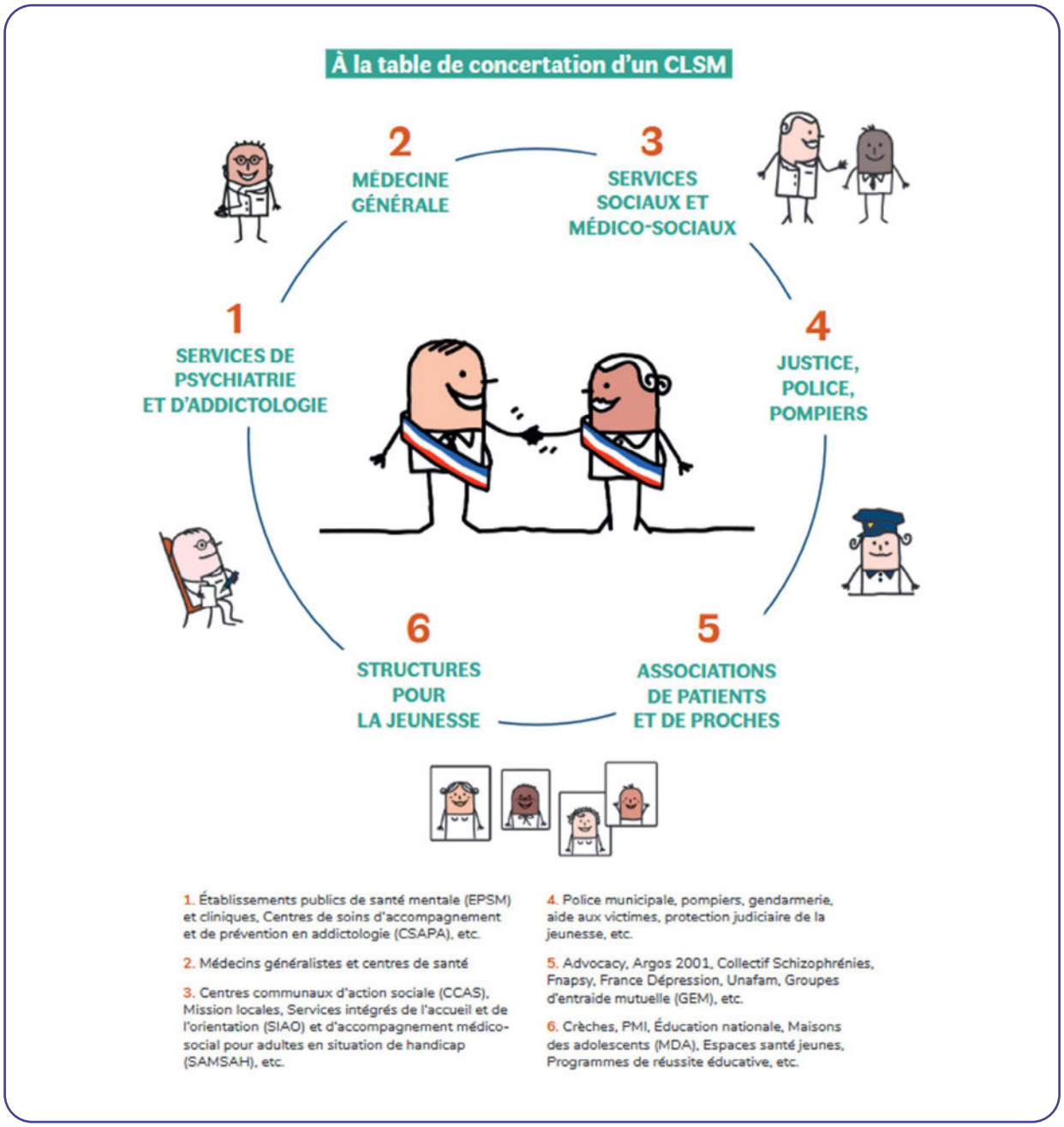


Illustration issue de la brochure La santé mentale dans la Cité. Des repères pour comprendre, des exemples pour agir, Psycom, novembre 2021

Les communes disposent d'atouts déterminants pour cela : la proximité avec les habitants, la connaissance fine du territoire, la capacité à mobiliser divers services, et une légitimité politique pour porter une parole de santé mentale auprès des institutions. Toute décision communale — en matière d'habitat, de mobilité, d'aménagement, d'éducation — peut influencer la santé mentale de la population. L'objectif est clair : rendre visibles les personnes concernées, renforcer leur pouvoir d'agir, et construire un territoire plus accueillant pour tous. Le CLSM favorise aussi un changement de regard sur la santé mentale : sortir du registre de la pathologie pour l'inscrire dans une vision globale, humaine et sociale, au cœur des préoccupations locales.

Les Ateliers Santé-Villes sont créés par le **Comité interministériel des villes du 14 décembre 1999** qui, souhaitant inscrire la santé comme une priorité forte, introduit ce thème dans les nouveaux Contrats de ville 2000-2006 en encourageant des expérimentations en matière de santé sur les territoires prioritaires de la politique de la ville. Se présentant comme un dispositif partenarial original, situé à la croisée des politiques de santé et de la politique de la ville, ces ateliers sont fondés sur une logique intersectorielle et de proximité. Ils visent à améliorer l'état de santé des habitants les plus vulnérables et à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Notons que depuis la loi « hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) du 21 juillet 2009, les ASV peuvent être inscrits dans les CLS conclus entre les ARS et les collectivités locales. Ainsi, depuis 2014, le Contrat Local de Santé (CLS) peut intégrer le volet « santé » des contrats de ville 2014-2022 lorsque leurs territoires d'action se recoupent. Toutefois, le CLS, d'envergure plus large, ne poursuit pas exactement les mêmes objectifs que l'Atelier Santé Ville (ASV), centré sur les quartiers prioritaires. Pour les collectivités, il s'agirait plutôt d'articuler ces deux dispositifs, sachant que les pratiques en la matière peuvent différer (Goter & Khenniche, 2022).

L'ASV repose sur un engagement fort du niveau communal, via une démarche contractualisée avec l'État. La mise en place d'un ASV nécessite ainsi une délibération municipale, l'implication d'un·e élu·e référent·e, et la mobilisation d'une ingénierie de projet capable d'animer, de coordonner et de structurer les actions menées sur le territoire. Son action s'inscrit à l'échelle d'un ou

plusieurs quartiers, en lien étroit avec les habitants, les professionnels de santé, les associations, et les services publics. L'ASV joue un rôle de catalyseur local, favorisant l'émergence de projets concrets et adaptés aux besoins spécifiques des populations.

Cependant, vingt ans après leur création, il a été noté que le déploiement des ASV restait parfois freiné par un manque d'implication politique, mais aussi par la fragilité des comités de pilotage, ou encore le partage des ressources humaines entre plusieurs dispositifs (Contrats Locaux de Santé, Conseils Locaux de Santé Mentale…) Portés parfois par une association ou un Centre communal d'action sociale (CCAS), les ASV ne bénéficient pas toujours d'une inscription claire dans l'organisation municipale, ce qui peut freiner leur capacité à mobiliser durablement les acteurs locaux (« Enquête exploratoire. L'articulation entre les dynamiques territoriales de santé », 2023).

Malgré leurs limites, les ASV demeurent un outil efficace pour les communes, leur permettant de mieux appréhender les besoins de santé à l'échelle infra-territoriale. Une recherche-intervention, menée par l'ISEOR en 2018-2019 (Savall et al., 2019) analyse les impacts socio-économiques du dispositif et montre que les ASV favorisent la coopération entre acteurs locaux, renforcent leurs compétences et améliorent la connaissance des besoins des habitants. Sur le plan économique, ils permettent une mutualisation des ressources, une réduction des coûts (grâce à une meilleure orientation des usagers et à la prévention) et une valorisation du travail en réseau. Globalement, les bénéfices générés dépassent les coûts engagés, démontrant la pertinence et la rentabilité sociale du dispositif pour les territoires (Goter & Khenniche, 2022 ; Goter & Zardet, n.d.).

Créées par la loi de modernisation du système de santé de 2016, **les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)** sont des structures associatives qui réunissent les professionnels de santé d'un même territoire (libéraux, hospitaliers, médico-sociaux et sociaux) pour mieux coordonner leurs actions et répondre aux besoins de santé de la population. Contrairement aux maisons ou centres de santé qui s'adressent à une patientèle, les CPTS visent une prise en charge à l'échelle populationnelle (« Enquête exploratoire. L'articulation entre les dynamiques territoriales de

santé », 2023). Leurs missions socles sont variées : amélioration de l'accès aux soins (notamment en réponse aux soins non programmés), organisation de parcours pluri professionnels autour du patient, développement d'actions de prévention, gestion des crises sanitaires, etc. Elles bénéficient d'un financement pérenne par l'Assurance Maladie, ce qui leur donne une capacité d'action durable. Si les CPTS ne sont pas initialement conçues pour intégrer les collectivités territoriales dans leur gouvernance, elles peuvent néanmoins jouer un rôle dans les dynamiques territoriales de santé publique. Ainsi, elles sont en capacité de :

- Compléter les dispositifs existants comme les Contrats Locaux de Santé (CLS), les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) et les Ateliers Santé Ville (ASV), en apportant un ancrage fort dans les pratiques de soin.
- Être un partenaire opérationnel pour mettre en œuvre des actions co-construites avec les collectivités, en bénéficiant de l'expertise territoriale et du réseau des dynamiques territoriales de santé (ASV, CLS, CLSM).
- Participer à l'amélioration de l'interconnaissance entre professionnels et à l'attractivité médicale des territoires, notamment en zones sous-dotées.
- Constituer un vecteur de financement pour pérenniser certaines actions de santé publique initiées par les collectivités, souvent fragilisées par des financements discontinus.

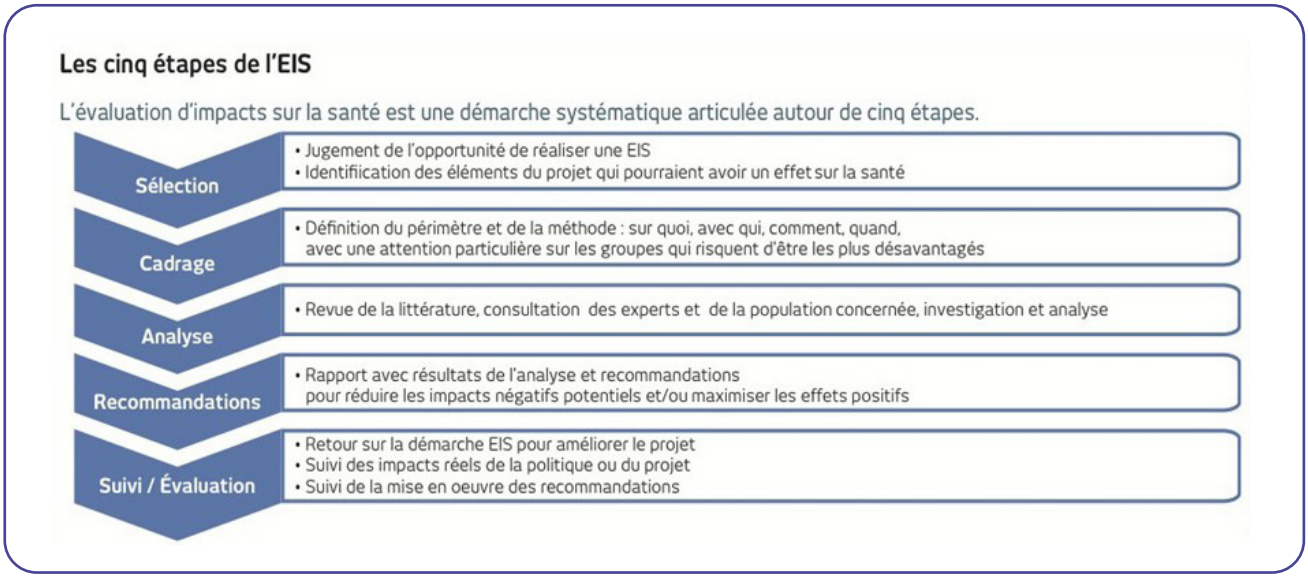
Malgré ces opportunités, l'articulation entre les CPTS et les dynamiques territoriales de santé en place (CLS, ASV etc…) reste hétérogène selon les territoires, en raison de cultures professionnelles différentes, de découpages géographiques parfois divergents, ou encore d'un manque de coordination formelle (« Enquête exploratoire. L'articulation entre les dynamiques territoriales de santé », 2023). Toutefois, les coordinations ASV, CLS et CLSM sont souvent perçues comme des ressources précieuses pour la construction des CPTS, tant pour leur capacité de diagnostic que pour leur rôle de médiation entre les acteurs.

Ainsi, bien qu'issues d'une dynamique portée par les soignants, les CPTS peuvent être envisagées par les collectivités une porte d'entrée pour agir en santé publique, à condition de renforcer les passerelles et la gouvernance partagée autour des projets de territoire.

Leviers d'action : les outils

L'évaluation d'impact sur la santé (EIS) est une démarche anticipative, intersectorielle et participative qui vise à analyser les effets potentiels d'un projet, programme ou politique sur la santé des populations. Adoptant une définition large de la santé, incluant bien-être physique, mental et social, l'EIS ambitionne de promouvoir une santé globale et de réduire les inégalités sociales (Jabot, 2021). Elle intervient en amont du processus décisionnel afin de recommander les ajustements nécessaires pour optimiser les effets bénéfiques d'une intervention et limiter ses impacts négatifs.

Reposant sur des valeurs fortes (équité, transparence, participation citoyenne et empowerment) l'EIS s'inscrit pleinement dans les principes de la promotion de la santé. Elle se décline selon une méthodologie structurée en cinq étapes :



Source : INPES. (2015). L'évaluation d'impacts sur la santé. Une aide à la décision pour des politiques

À chaque étape, les déterminants de la santé sont étudiés à travers une diversité de sources : données scientifiques, expertises, enquêtes de terrain et savoirs citoyens. L'analyse des résultats, tant qualitatifs que quantitatifs, permet de formuler des recommandations concrètes pour les décideurs, qui ont ensuite la responsabilité de les intégrer.

L'EIS est aussi un outil de dialogue et de sensibilisation. En réunissant les acteurs concernés (décideurs, professionnels, habitants), elle favorise la compréhension des enjeux de santé au sein des politiques publiques et renforce la capacité d'agir de chacun (Jabot, 2021). Elle rend visible la complexité des effets d'un projet, parfois contradictoires selon les temporalités et les populations concernées.

En France, l'EIS a émergé au début des années 2010 et s'est diffusée inégalement sur le territoire, principalement portée par les agences régionales de santé et les collectivités. Elle est souvent intégrée aux contrats locaux de santé ou aux plans régionaux santé-environnement, ce qui facilite son financement et sa reconnaissance. Néanmoins, son inscription dans les politiques nationales reste encore marginale. Malgré ces limites, l'EIS s'impose progressivement comme une démarche essentielle pour intégrer la santé dans toutes les politiques. Elle incarne une approche moderne de la santé publique, à la croisée du scientifique et du démocratique, et contribue à forger des environnements plus justes, durables et favorables au bien-être.

L'analyse de trois EIS en Auvergne-Rhône-Alpes par Anzivino et al. (2021) a mis en avant les apports d'une telle démarche, tout en relevant les freins rencontrés. Les acteurs rapportent que, dans un premier temps, ces EIS ont parfois suscité des incompréhensions parmi les techniciens et élus, peu familiers avec les liens entre aménagement urbain et santé (par exemple, l'impact des déplacements ou des espaces verts sur l'obésité infantile). Toutefois, elles se sont progressivement imposées comme un outil de concertation intersectorielle, permettant de rapprocher des acteurs issus de champs différents : urbanisme, environnement, santé publique, petite enfance, bailleurs sociaux ou associations. En s'appuyant sur une méthodologie participative, ces EIS ont valorisé la parole des habitants et encouragé la transversalité des approches, renforçant ainsi les dynamiques locales de dialogue et de co-construction.

La démarche reposait également sur une recherche de données probantes, croisant connaissances scientifiques et observations de terrain, afin de nourrir un débat éclairé entre élus, techniciens et citoyens. Cette approche collaborative a contribué à une meilleure appropriation des recommandations, souvent simples mais adaptées, et à une prise de conscience collective de l'importance d'intégrer la santé dans toutes les politiques publiques.

L'EIS a ainsi permis de créer des dynamiques locales positives, de renforcer le dialogue interservices et de produire des décisions concrètes : baisse de la vitesse sur le périphérique à Villeurbanne, parc non-fumeur à Lyon, ou encore intégration de la santé dans un projet d'écoquartier populaire à Grenoble/Échirolles. Cependant, pour les auteurs, le maintien d'un groupe de coordination et d'un pilotage sur le long terme est essentiel pour assurer la continuité des actions et la confiance des habitants, mais il reste souvent difficile à garantir faute de temps ou de moyens. L'évaluation de ces démarches demeure également limitée, bien qu'elle soit indispensable pour en mesurer pleinement les effets.

L'urbanisme favorable à la santé (UFS)

Historiquement, la santé publique et l'urbanisme ont longtemps entretenu des liens étroits. Dès le XIXe siècle, l'urbanisme hygiéniste a permis d'améliorer les conditions sanitaires en ville. Cette collaboration a perduré jusqu'au milieu du XXe siècle, avec l'urbanisme fonctionnel. Toutefois, à partir des années 1970, ces relations se sont distendues au profit d'une approche plus centrée sur le développement durable. Or, les défis environnementaux actuels, tels que le changement climatique et l'urbanisation accélérée, replacent l'urbanisme et l'aménagement du territoire au cœur des enjeux de santé publique (Diallo et al., 2022).

Ces phénomènes ont en effet des impacts directs sur la santé : recrudescence des maladies chroniques (cardiopathies, diabète, troubles respiratoires), montée des maladies vectorielles, isolement social accru ou encore détérioration de la santé mentale (Diallo et al., 2022). Ces effets, souvent issus de choix antérieurs d'aménagement, peuvent aujourd'hui être corrigés ou atténués par un urbanisme favorable à la santé (UFS).

COMODEIS : Un dispositif spécifique pour le déploiement de l'EIS en région Nouvelle-Aquitaine

« Les choix de planification et d'aménagement du territoire influencent la santé, la qualité de vie et le bien-être des populations. Ainsi, les problématiques de santé telles que l'obésité, l'asthme, les inégalités de santé, les troubles de la santé mentale (stress, dépression…) ou encore l'exposition aux agents délétères constituent autant d'enjeux contemporains de santé publique étroitement conditionnés par la qualité de l'environnement urbain. Dans ce contexte, dès 2016, sur la base de premiers retours d'expérience (Bressuire, Bordeaux Métropole et La Rochelle), l'EIS a été identifiée par l'ARS Nouvelle-Aquitaine comme une démarche permettant de développer un plaidoyer pour la santé et d'améliorer la prise en compte de la santé par les collectivités territoriales dans le cadre de projets d'urbanisme et d'aménagement du territoire.

La stratégie de promotion des EIS de l'ARS Nouvelle-Aquitaine est intégrée au plan régional santé environnement (mesure 8.3 : « Promouvoir et développer les études d'impact sur la santé ») couvrant la période 2017-2021 avec l'objectif d'initier dans chaque département une à deux EIS centrées sur le cadre de vie et pouvant s'inscrire dans un contrat local de santé. Les délégations départementales de l'ARS sont fortement impliquées sur le terrain et déploient un plaidoyer pour amener les collectivités à prendre conscience de leur rôle en tant qu'acteurs de santé dans la mise en œuvre de leurs projets et proposer aux collectivités volontaires une aide financière pour lancer et conduire une première EIS.

Parallèlement, un dispositif d'appui dénommé « Collectivités mobilisées pour le développement des EIS » (Comodeis), dont la mise en œuvre est confiée à l'instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) Nouvelle-Aquitaine, leur apporte un soutien technique et méthodologique pour la réalisation de leur EIS.

À ce jour, le bilan à l'échelle de la région est le suivant : 19 EIS ont été accompagnées dont 12 sont terminées et 7 sont en cours à divers degrés de la procédure.

L'EIS permet un dialogue entre les parties prenantes (expert EIS, services techniques, élus, habitants) pour formuler des recommandations permettant de diminuer les impacts négatifs et d'optimiser les impacts positifs du projet de la collectivité sur la santé. Une réflexion régionale est en cours autour du partage d'expérience des collectivités qui ont engagé des EIS et sur l'évolution du dispositif d'accompagnement pour améliorer la qualité des EIS conduites". (Jabot, 2021. p.7-16)

Le concept d'urbanisme favorable à la santé est apparu en 1987 à l'initiative du Réseau des Villes-Santé de l'OMS Europe. Il a ensuite été formalisé en 2004 à travers le guide de l'OMS rédigé par Hugh Barton et Catherine Tsourou, intitulé Urbanisme et santé. Un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants, destiné à aider les collectivités à intégrer la santé comme axe majeur de leurs politiques urbaines. Dans ce guide, les auteurs déclarent qu'un type d'urbanisme favorable à la santé implique des pratiques d'aménagement qui tendent à promouvoir la santé et le bien-être, ce qui présente beaucoup de points communs avec les principes du développement durable, et nécessite de porter une attention particulière aux êtres humains et à la manière dont ils traitent l'environnement dans leurs projets urbains, plutôt que de se préoccuper uniquement du bâti et de l'économie. Un urbanisme en faveur de la santé implique d'intégrer au sein même du processus décisionnel des valeurs telles que l'égalité, la coopération intersectorielle et la participation. (Barton & Tsourou, 2000, p. 22-23).

Inspiré de l'approche « la santé dans toutes les politiques » promue depuis la Charte d'Ottawa (1986), l'UFS cherche à intégrer systématiquement les enjeux de santé et d'environnement dans tous les projets d'urbanisme. Il s'agit de réduire l'exposition des populations à des facteurs de risque (polluants, sédentarité, isolement) et de renforcer leur accès à des facteurs de protection (espaces verts, mobilité active, soins).

En France, l'UFS est porté depuis le début des années 2010, d'abord par les acteurs de la santé publique, puis par ceux de l'aménagement (Bob, C., 2020). Mais si ces liens entre urbanisme, santé et environnement sont aujourd'hui largement reconnus et documentés par la communauté scientifique, leur compréhension par les divers acteurs territoriaux reste complexe, et ils ne sont encore que partiellement intégrés dans les documents de planification et les projets d'aménagement. De plus, le développement de l'UFS reste freiné par l'organisation sectorielle des institutions et la complexité de la gouvernance territoriale, qui limitent les collaborations interprofessionnelles (« Urbanisme favorable à la santé : Enjeux pour les collectivités de l'Hérault », 2021).

Pourtant, une meilleure intégration des enjeux de santé passe par des pratiques plus transversales, appuyées sur des dispositifs comme l'accompagnement à l'UFS, qui, à la différence de l'Évaluation d'Impact sur la Santé (EIS), intervient tout au long du processus de conception d'un projet.

L'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) identifie ainsi huit axes clés pour guider l'action en UFS :

- Encourager les modes de vie sains
- Promouvoir la cohésion sociale
- Améliorer l'accès aux services
- Réduire l'exposition aux polluants
- Lutter contre les inégalités de santé
- Articuler les politiques publiques
- Favoriser l'intersectorialité
- Adapter les projets aux spécificités locales

Enfin, l'UFS s'applique à deux niveaux : l'urbanisme de planification, qui élabore les grandes orientations (SCoT, PLU), et l'urbanisme opérationnel, qui concrétise les projets à l'échelle du quartier via différentes procédures d'aménagement. Des outils comme **la démarche IsadOrA** permettent d'intégrer efficacement les déterminants de santé dans ces projets.
L'UFS constitue ainsi une réponse concrète et intégrée aux enjeux contemporains en matière de santé et d'environnement, en rassemblant autour de la table urbanistes, professionnels de santé, décideurs et citoyens. Son développement appelle à une transformation profonde des pratiques et des modes de coopération au service d'un territoire plus sain, plus juste et plus résilient.

L'observation locale en santé (OLS) s'inscrit comme un outil clé pour la mise en œuvre de politiques territoriales de santé. Portée par les villes et les intercommunalités, elle consiste à collecter, analyser et diffuser des données sanitaires à l'échelle locale pour identifier les problématiques spécifiques d'un territoire, notamment les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS).
Les formes d'observation sont variées : diagnostics thématiques (santé mentale, environnement, accès aux soins), études mixtes combinant données quantitatives et qualitatives (questionnaires, focus groups, diagnostics en

marchant). L'exemple de Metz, qui a mené une promenade exploratoire avec des seniors pour évaluer la « marchabilité » d'un quartier, illustre cette dimension participative (Réseau français Villes-Santé, 2023).

Pour réaliser ces observations, les villes s'appuient sur des partenaires comme les Observatoires Régionaux de Santé (ORS), Agences d'urbanisme, CPAM, ARS, voire des équipes de recherche pour recueillir et exploiter les données.
Toutefois, l'accès inégal aux données et l'absence de plateforme centralisée limitent l'autonomie des villes dans ce domaine. Certaines villes regrettent la complexité des plateformes existantes (**Health Data Hub**, **Géodes**) et leur manque d'adaptation aux besoins locaux. Elles plaident pour la mise en place de plateformes sécurisées, accessibles, et la mutualisation des outils et pratiques. C'est dans ce contexte que des initiatives visant à faciliter l'accès aux données voient le jour comme le projet "Syndémie". Porté par la Ville de Nice, en collaboration avec l'Université Côte d'Azur et l'INRIA, il représente un exemple innovant d'observation croisée des ISTS et des déterminants de santé, visant à élaborer des modèles explicatifs pour guider l'action publique (Réseau français Villes-Santé, 2023).

De plus, si l'objectif est de favoriser l'appropriation des données par les différents services municipaux, il est aussi intéressant de réfléchir à la participation des citoyens. En effet, les habitants sont des acteurs centraux de l'OLS. Leur participation, bien que complexe, est nécessaire pour garantir la représentativité des diagnostics et éviter des biais sociaux. Paris, par exemple, s'appuie sur les Ateliers Santé Ville pour impliquer les publics des QPV. Cependant, cette participation reste inégale, souvent biaisée par des profils plus habitués aux démarches participatives. Pour y remédier, les villes collaborent avec des médiateurs, travailleurs sociaux ou associations pour toucher les publics éloignés (Réseau français Villes-Santé, 2023).
Enfin, la restitution des données est un enjeu majeur étant donné qu'elle doit permettre de sensibiliser élus, professionnels et citoyens aux réalités du territoire. Pour être efficace, cette restitution doit donc être adaptée, lisible et évocatrice.

L'Analyse des Besoins Sociaux

Depuis 2016, les Centres communaux d'action sociale (CCAS) des communes de plus de 10 000 habitants ont l'obligation de réaliser une Analyse des besoins sociaux (ABS) dans l'année qui suit le renouvellement des conseils municipaux. Si cette obligation est encadrée par le **Code de l'action sociale et des familles** (article L.116-1), l'ABS dépasse largement son aspect réglementaire. Elle constitue avant tout un outil de connaissance du territoire : elle permet d'identifier les problématiques sociales locales et de mieux comprendre les besoins des habitants. Elle éclaire ainsi les élus dans l'élaboration de politiques sociales cohérentes, adaptées et ciblées.

Les objectifs de l'ABS sont alignés sur les grands principes de l'action sociale et médico-sociale : promouvoir l'autonomie, protéger les personnes, renforcer la cohésion sociale, encourager la citoyenneté et lutter contre l'exclusion. Les thématiques abordées dans une ABS couvrent un large spectre : grande précarité, dépendance, enfance, isolement, accès aux droits, logement, etc. Elles s'adressent principalement aux publics de l'action sociale, tout en offrant une vision globale des enjeux sociaux d'un territoire.

L'ABS peut également être conduite à l'échelle intercommunale, favorisant alors la coopération entre collectivités et l'objectivation partagée des réalités sociales. Ce travail de diagnostic constitue une base essentielle pour la concertation locale, l'élaboration de plans d'action concrets et la priorisation des interventions sociales.

Face à la complexité croissante des enjeux de santé publique et à la diversité des besoins sur les territoires, les collectivités locales, bien que limitées juridiquement dans leurs compétences sanitaires, se voient offrir des possibilités d'être actrices des dynamiques territoriales de santé. Pour cela elles peuvent s'appuyer sur des dispositifs existants tels que les Contrats Locaux de Santé (CLS), les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM), les Ateliers Santé Ville (ASV) ou encore les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Elles ont également à leur disposition des outils comme l'évaluation d'impact sur la santé (EIS), l'urbanisme favorable à la santé (UFS) ou encore l'observation locale en santé (OLS).

Tous ces leviers d'action sont l'occasion d'ancrer la santé dans toutes les politiques, de favoriser une approche transversale, participative et préventive, et d'agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de

santé. Cependant, la mise en cohérence de ces dispositifs reste un défi. Elle suppose une volonté politique forte, un engagement structurant des élus, des financements pérennes, ainsi qu'une gouvernance territoriale partagée, ouverte à la pluralité des acteurs : professionnels, habitants, associations et institutions. Pour répondre efficacement aux inégalités sociales et territoriales de santé, il devient essentiel de renforcer la coordination intersectorielle, de soutenir l'ingénierie territoriale et de reconnaître pleinement l'expertise locale (« La démocratie en santé : une urgence de santé publique », 2022). Encore une fois, c'est uniquement à cette condition que les territoires pourront bâtir des environnements plus justes, plus sains et plus résilients pour l'ensemble de leurs habitants.

Focus sur la Nouvelle-Aquitaine

Des enjeux de santé majeurs, un territoire contrasté

La Nouvelle-Aquitaine, plus vaste région de France métropolitaine, présente une situation sanitaire globalement comparable à celle du reste du pays. Cependant, certains indicateurs révèlent des inégalités préoccupantes selon les territoires et les populations. L'espérance de vie y est légèrement supérieure à la moyenne nationale (79,7 ans pour les hommes contre 79,3 ans en France ; 85,6 ans pour les femmes contre 85,4), mais cette moyenne masque des disparités importantes entre départements (« Feuille de route santé de la région Nouvelle-Aquitaine », 2023). La mortalité prématurée reste un enjeu majeur : trois départements de la région enregistrent des taux significativement supérieurs à la moyenne nationale, avec 189 décès prématurés pour 100 000 habitants. Autre point d'attention, 22 % des habitants sont atteints de maladies chroniques, notamment de maladies cardio-neurovasculaires, de troubles mentaux, de diabète ou de cancers. Le vieillissement démographique accentue ces défis : 11,5 % des habitants ont aujourd'hui plus de 75 ans, un chiffre qui devrait atteindre 19 % d'ici 2050, soit une hausse de 47 %.

Conscientes de ces enjeux, les collectivités néo-aquitaines ont mis en place des politiques visant à réduire ces inégalités territoriales et sociales de santé.

Différentes stratégies régionales ont été renforcées autour de la prévention et de la coordination, notamment à travers le **Schéma régional de santé 2023 - 2028.**

L'objectif principal de ce schéma est d'améliorer l'état de santé de tous et d'amplifier la transformation du système de santé pour garantir la qualité et l'accessibilité des services de santé. Ce document s'articule autour de cinq orientations stratégiques majeures :

- Amplifier les actions sur les déterminants de santé et la promotion de la santé.
- Promouvoir un accès équitable à la santé sur les territoires.
- Renforcer la coordination des acteurs et améliorer les parcours de santé.
- Renforcer la démocratie sanitaire et la place du citoyen acteur de sa santé et du système de santé.
- Soutenir et amplifier l'innovation au service de la qualité et de l'efficience du système de santé.

Une politique régionale portée par "One Health"

Depuis quelques années, un des engagements majeurs de la Nouvelle-Aquitaine concerne la santé environnementale. Ainsi entre 2018 et 2020, le conseil régional a financé 56 projets dans le cadre de son appel à projets Santé-Environnement.

Ces initiatives ont porté sur des thématiques cruciales telles que la pollution des milieux de vie, les perturbateurs endocriniens, les pesticides et l'alimentation durable. La majorité de ces projets ciblaient les jeunes. Le bilan de cet appel à projets révèle que la majorité des initiatives concernaient la pollution des milieux de vie (73 %), l'alimentation saine et durable (64 %), les perturbateurs endocriniens et nanomatériaux (55 %), et les pesticides (45 %). Une forte dimension multithématique a été observée dans 86 % des projets. Ces projets ont permis aux porteurs de développer des partenariats et de monter en compétences.

Cependant, des limites ont été observées, notamment un manque de concertation en amont, une faible intégration de dispositifs d'évaluation, et un manque d'accompagnement de la Région (« Feuille de route santé de la région Nouvelle-Aquitaine, 2023, p.47 »).

Pour y remédier, il est apparu essentiel de clarifier les priorités régionales à travers une feuille de route stratégique en santé-environnement, de renforcer les compétences des services régionaux, d'accompagner davantage les porteurs de projets, et de mettre en place un dispositif structuré de suivi et d'évaluation.

La réponse de la Région s'est structurée à travers le **Plan régional Santé-Environnement 2024-2028** (PRSE 4) et l'intégration à toutes les politiques territoriales du concept « One Health » (« Une seule santé »), qui repose sur la reconnaissance des interdépendances entre la santé humaine, animale et des écosystèmes. Ainsi, l'évaluation du Plan Régional Santé Environnement (2017–2022) a souligné des réussites, mais aussi des points à améliorer tels que le renforcement de la coordination, l'amélioration du suivi et de l'accompagnement, l'accroissement de la territorialisation et la clarification des indicateurs d'impact. Ces recommandations ont été intégrées dans la conception du PRSE 4, qui se veut plus opérationnel et resserré sur des actions à fort impact. Le PRSE 4 reprend certains axes du PRSE 3, comme agir sur les pesticides, promouvoir un environnement favorable à la santé, améliorer la qualité de l'eau et l'accès à une alimentation saine, et permettre à chacun d'être acteur de sa santé.

En outre, il intègre de nouveaux enjeux tels que la prévention et la lutte contre les zoonoses, la démarche « Une seule santé », et la prise en compte du changement climatique. Il se positionne comme un plan «chapeau» s'articulant avec d'autres plans et programmes développés en région et présente trois priorités transversales qui sont :

- La démarche « Une seule santé » (One Health), comme fil conducteur visant à équilibrer et optimiser durablement la santé des personnes, des animaux et des écosystèmes.
- La contribution du PRSE à l'adaptation au changement climatique, en reconnaissant le lien entre climat et santé et en intégrant cet enjeu dans ses actions.
- La territorialisation de la santé-environnement via la mobilisation et l'outillage des acteurs locaux

En plus de ces axes transversaux, le PRSE 4 s'articule autour de cinq axes principaux, visant à :

Axe 1

Réduire les expositions de la population à des polluants chimiques, physiques ou biologiques

Axe 2

Réduire les expositions des Néo-Aquitains aux espèces végétales ou animales à enjeux pour la santé et aux zoonoses

Axe 3

Préserver la qualité de l'eau, de l'alimentation et des environnements de travail

Axe 4

Renforcer la prise en compte de la santé-environnement dans les politiques publiques locales

Axe 5

Sensibiliser et mobiliser les jeunes et les professionnels à la santé-environnement (avec notamment la création d'un Master One Health à Limoges et d'une école vétérinaire publique).

La démarche One Health est également pleinement intégrée à la **Feuille de route santé de la région Nouvelle-Aquitaine pour la période 2023-2028**, servant de fil conducteur à ce document dont les priorités sont :

- Favoriser l'accès aux soins et aux soignants sur tous les territoires
- Pérenniser le rôle de leader de la Nouvelle-Aquitaine en matière d'innovation en santé
- Faire de la Nouvelle-Aquitaine un territoire de bonne santé en promouvant des politiques publiques régionales favorables à la santé et à un environnement préservé, mais aussi en affirmant une ambition de promotion de la santé et de prévention

Mais on retrouve aussi l'orientation One Health au cœur de la stratégie **NEOTERRA**, qui vise à faire de la Nouvelle-Aquitaine une région écoresponsable et compétitive à l'horizon 2030. Cette stratégie régionale vise quant à elle à :

- Renforcer l'adaptation au dérèglement climatique,
- Intégrer le concept d'« **une seule santé** » / « One Health » comme pilier de l'action
- Reconnaître les solidarités comme condition d'une transition réussie

Par ailleurs, elle repose sur les éco-socio-conditionnalités : un mécanisme qui conditionne les aides régionales au respect de critères sociaux et environnementaux. Ces conditionnalités concernent la gestion des ressources, la qualité de vie au travail, l'égalité, ou encore la réduction des émissions de gaz à effet de serre.

Des politiques transversales pour améliorer la santé

Une des ambitions affichées dans les différentes stratégies régionales de santé concerne l'intersectionnalité et la transversalité des politiques territoriales, avec une attention particulière portée, sur le papier, à la promotion de la santé.
L'évaluation de la Feuille de route santé régionale 2018-2021 a montré qu'un effort en matière de prévention et de promotion de la santé avait été fait à travers l'appel à projet régional Préva'NA. Ainsi entre 2018 et 2020, Préva'NA a cofinancé 140 projets ciblant massivement l'accès à la prévention (93 %), tout en s'attachant également à renforcer les compétences psychosociales (47 %) et l'accès aux droits en santé (44%).
Les projets étaient majoritairement portés par des associations et des missions locales, touchant un large public jeune. Cependant, ces projets sont restés davantage concentrés dans les territoires déjà dynamiques, laissant en retrait les zones les plus vulnérables. De plus, le lien avec les outils territoriaux (CLS, GHT) reste souvent peu développé. En réponse, plusieurs axes d'amélioration ont été identifiés : renforcer l'accompagnement des porteurs, mieux territorialiser les actions, favoriser les projets dits « structurants » et développer l'évaluation des initiatives.

Cette transversalité des politiques publiques est reprise et affirmée avec le plan d'action **"Réaliser l'Egalité" en Nouvelle-Aquitaine 2018-2021** structuré autour de trois axes complémentaires pour intégrer durablement les enjeux d'égalité et de lutte contre les discriminations dans les politiques territoriales. Ce plan s'appuie sur des partenariats institutionnels tels que l'Observatoire de l'égalité femmes-hommes et l'Observatoire régional des violences sexistes et sexuelles.

Parmi les initiatives concrètes mises en place en 2023, on peut citer la distribution de protections hygiéniques dans les lycées, l'instauration d'un congé menstruel pour les agentes du Conseil régional et le déploiement d'une politique de lutte contre le harcèlement au sein de l'institution. La promotion d'une communication égalitaire et non discriminante a également été intégrée. Ce plan d'action a également été l'occasion d'amorcer une réflexion sur le budget égalitaire et non discriminant.

En conclusion, le territoire néo-aquitain cherche aujourd'hui à se positionner comme un territoire moteur en matière de promotion de la santé, en articulant ses politiques autour d'une vision globale et intégrée de la santé. Face à des enjeux sanitaires majeurs – vieillissement de la population, prévalence des maladies chroniques, inégalités territoriales et sociales –, la Nouvelle-Aquitaine a ainsi tout intérêt à s'engager dans une transformation profonde de son action en plaçant la promotion de la santé, la prévention, la coordination et la santé-environnement au cœur de ses priorités.

La mise en œuvre du Schéma régional de santé 2023–2028, du Plan Régional Santé-Environnement 2024–2028 (PRSE 4), ainsi que l'inscription transversale de la démarche « Une seule santé » (One Health) dans toutes les politiques régionales, illustrent cette volonté d'agir simultanément sur la santé humaine, animale et environnementale. L'approche One Health constitue désormais un fil conducteur des grandes stratégies régionales.

Cette orientation intégrée repose également sur une reconnaissance croissante de l'importance des déterminants sociaux et environnementaux de la santé. En agissant sur le logement, l'alimentation, l'environnement, les mobilités ou encore l'éducation, les politiques publiques régionales ont pour objectif de prévenir les inégalités de santé à la racine, et de construire des cadres de vie plus équitables et favorables au bien-être de tous.

Dans cette dynamique, les collectivités territoriales, jouent un rôle structurant. Grâce à leurs compétences en urbanisme, action sociale, petite enfance ou environnement, elles disposent de plusieurs leviers pour agir concrètement en faveur de la santé des habitants. Leurs actions contribuent à territorialiser les politiques de santé, à renforcer la cohérence des initiatives et à favoriser

l'émergence de projets structurants. L'enjeu est bien de consolider des dynamiques locales pérennes, basées sur la concertation, le partenariat et la participation des citoyens.

L'évaluation du dispositif Préva'NA et les actions menées dans le cadre du PRSE 3 ont mis en évidence les progrès réalisés mais aussi les améliorations à apporter, notamment en matière de ciblage territorial, d'évaluation, de suivi et de montée en compétences des porteurs de projet. Ces constats ont nourri l'élaboration du PRSE 4 et des feuilles de route récentes, qui se veulent désormais plus opérationnelles, mieux articulées aux réalités locales et mieux alignées sur les besoins des populations. Cependant, au-delà des ambitions affichées, il sera intéressant de voir les moyens réellement alloués à ces politiques.

Enfin, avec le Plan d'action pour l'égalité 2018–2021, la Nouvelle-Aquitaine démontre qu'une santé durable et juste ne peut être atteinte sans justice sociale.



Conclusion

La territorialisation de la santé en France, bien que complexe et parfois ambiguë, représente une opportunité majeure pour adapter les politiques de santé publique aux spécificités locales et réduire les inégalités sociales et territoriales. Historiquement, la santé publique a été une prérogative de l'État, mais les dernières décennies ont vu un accroissement du rôle des collectivités territoriales dans ce domaine. Cette évolution s'explique par la nécessité de répondre aux inégalités sociales et géographiques en matière de santé, comme l'a souligné la Charte d'Ottawa en 1986.

Les collectivités territoriales, qu'il s'agisse des communes, des départements ou des régions, jouent un rôle important dans cette dynamique. Pourtant elles disposent de compétences, certes variées, mais limitées en matière de santé. Les communes, par leur proximité avec la population, sont en première ligne pour répondre aux besoins sanitaires locaux. Elles disposent de leviers d'action en matière de santé environnementale, d'action sociale et de promotion de la santé. Cependant, leur champ d'intervention est souvent limité par un cadre juridique et réglementaire centralisé, comme l'a illustré la gestion de la crise sanitaire du Covid-19.

Les départements, de leur côté, sont impliqués dans l'organisation des vaccinations, la gestion des services de protection maternelle et infantile (PMI), et l'autorisation des établissements sociaux et médico-sociaux. Ils jouent un rôle clé dans l'accompagnement du vieillissement de la population et la lutte contre les inégalités de santé. Les régions, bien que leur rôle en matière de santé soit plus limité, interviennent dans la prévention sanitaire, la formation des professionnels de santé et la lutte contre les déserts médicaux.

Les Agences Régionales de Santé (ARS), créées par la loi «Hôpital, patients, santé et territoires» de 2009, sont les pivots territoriaux des politiques de santé. Elles assurent la mise en œuvre des politiques sanitaires en tenant compte des réalités locales, tout en régulant l'offre de soins. Cependant, leur mode de fonctionnement est souvent critiqué pour son manque d'intégration des collectivités territoriales. Une enquête de l'Institut IPSOS en 2024 a révélé que, bien que les ARS soient reconnues pour leur utilité, les maires souhaitent une meilleure proximité et un accompagnement accru de la part de ces agences.

Face à ces enjeux, il est nécessaire d'intégrer la santé à l'ensemble des politiques publiques et de développer une véritable culture de la promotion de la santé au sein des collectivités. Agir sur les déterminants de la santé, qu'ils soient environnementaux ou sociaux, est essentiel pour réduire les inégalités. En effet, des défis liés à la santé publique, qu'ils soient urbains ou ruraux, nécessitent une approche intégrée et transversale, prenant en compte ces déterminants. Pour ce faire, les dispositifs tels que les Contrats Locaux de Santé (CLS), les Ateliers Santé Ville (ASV) ou les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) offrent des cadres structurants pour coordonner les actions et mobiliser les différents acteurs locaux. Ces dispositifs visent à favoriser le développement de dynamiques intersectorielles et de partenariats locaux, contribuant à une approche globale de la santé. Cependant, leur mise en œuvre se heurte parfois à une gouvernance morcelée et nécessite une coordination renforcée entre les acteurs.
L'évaluation d'impact sur la santé (EIS) est un autre outil clé pour intégrer la santé dans toutes les politiques publiques. Cette démarche anticipative et participative vise à analyser les effets potentiels d'un projet sur la santé des populations et à formuler des recommandations pour optimiser les effets bénéfiques et limiter les impacts négatifs. L'EIS s'inscrit pleinement dans les principes de la promotion de la santé et contribue à forger des environnements plus justes, durables et favorables au bien-être. D'autres outils ou démarches comme l'Urbanisme Favorable à la Santé (UFS) ou l'Observation Locale de Santé (OLS) peuvent également être utilisées comme leviers d'action.

Enfin avec l'exemple de la Nouvelle-Aquitaine, est illustrée une volonté régionale de favoriser une approche transversale et territorialisée de la santé publique, notamment à travers l'intégration du concept One Health et la mise en place de stratégies régionales dédiées à la santé et à l'environnement. Ces stratégies visent à agir simultanément sur la santé humaine, animale et environnementale, en reconnaissant les interdépendances entre ces différents aspects. Le Plan Régional Santé Environnement 2024-2028, par exemple, se veut plus opérationnel et mieux aligné sur les besoins des populations, avec des axes prioritaires tels que la réduction des expositions aux polluants, la préservation de la qualité de l'eau et de l'alimentation, et le renforcement de la prise en compte de la santé-environnement dans les politiques publiques locales. La réussite de ces initiatives dépendra de la capacité à mobiliser durablement les acteurs locaux, à renforcer la coordination intersectorielle et à garantir des financements pérennes. Les collectivités territoriales, grâce à leurs compétences en urbanisme, action sociale, petite enfance ou environnement, disposent de nombreux leviers pour agir concrètement en faveur de la santé des habitants. Leur rôle est structurant pour territorialiser les politiques de santé, renforcer la cohérence des initiatives et favoriser l'émergence de projets structurants.

En conclusion, pour garantir une prise en charge plus globale des enjeux sanitaires, il est essentiel d'intégrer la santé à l'ensemble des politiques publiques. Cette approche, fondée sur la transversalité, la participation citoyenne et la cohérence des actions, est indispensable pour construire des territoires plus justes, plus sains et plus résilients. La territorialisation de la santé, bien que complexe, représente une opportunité pouvant permettre une adaptation des politiques de santé publique aux réalités locales et réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Des guides à destination des élus



Urbanisme favorable à la sante : un guide pour mieux comprendre & agir sur son territoire, Agences d'urbanisme du Grand Est (réseau 7est), Agence Régionale de Santé Grand Est, février 2025



Repenser les actions de la ville au prisme de la santé mentale. Exemples d'actions des villes-santé, Réseau français Villes-Santé, janvier 2025



Promotion de la santé, prévention des cancers et aménagement des territoires. Le guide pratique, Institut national du cancer, novembre 2024



Les élus territoriaux face au défi climatique. 8 clés pour adapter son territoire. Livret de l'élu, Cerema, novembre 2024



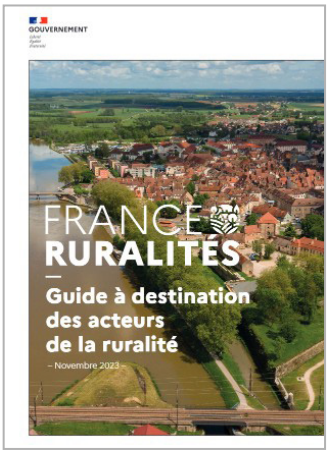
One Health pour les politiques publiques territoriales. Guide de mise en application, Sinonvirgule, 2024



Comment financer des projets favorables à la sante ? Guide à l'usage des collectivités territoriales, Institut national du cancer, décembre 2023



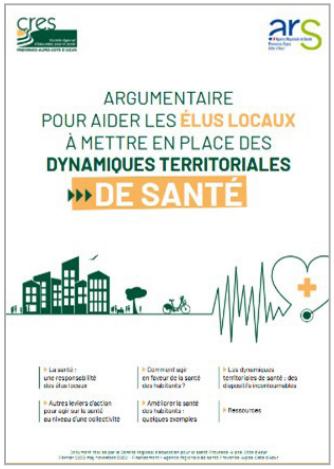
Intégrer la sante environnementale dans les politiques locales. Guide d'accompagnement des collectivités, ORS Bretagne, novembre 2023



France ruralités. Guide à destination des acteurs de la ruralité, Gouvernement, novembre 2023



Le «booster» de l'urbanisme favorable à la santé cahier d'idées à explorer et déployer, Ademe, novembre 2023



Argumentaire pour aider les élus locaux à mettre en place des dynamiques territoriales de sante, CRES PACA, ARS PACA, 2022



Le maire face aux conduites addictives ? Guide pratique, Mildeca, AMF, 2022



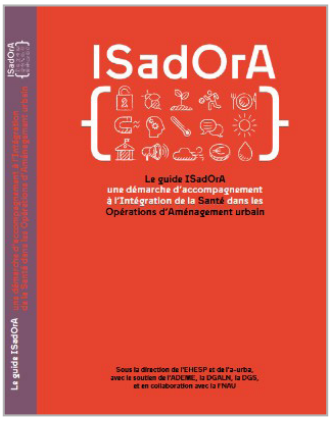
Elus locaux, la santé environnementale vous concerne ! ESPT, 2022



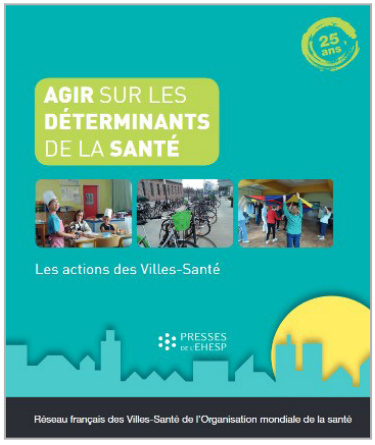
La santé mentale dans la cite. Des repères pour comprendre, des exemples pour agir, Psycom, novembre 2021



Dépasser les idées préconçues entre santé et aménagement urbain : les clefs de l'urbanisme durable. Synthèse à l'attention du décideur, Ademe, novembre 2021



Le guide ISadOrA. Une démarche d'accompagnement à l'Intégration de la Santé dans les Opérations d'Aménagement urbain, EHESP, a-urba, mars 2020



Accès aux soins. Le guide pratique pour les élus, ANCT, 2019



Réseau français des villes-sante de l'OMS (dir), Agir sur les déterminants de sante, les actions des villes-sante, Presses de l'EHESP, 2015



Bibliographie

Accès aux soins en milieu rural. La bombe à retardement ? (2021). Association des Maires Ruraux de France. https://www.calameo.com/read/005307989239a0f96f4f2

Actes de la 21ème journée nationale d'étude « Élus, Santé Publique & Territoires ». (2019). Les villes : fabriques de santé ? https://www.espt.asso.fr/wp-content/uploads/2023/01/ACTES-21e-JNE-ESPT-Paris-sept-2019-Les-Villes-fabriques-de-sante.pdf

Adélaïde, L., Hough, I., Seyve, E., Kloog, I., Fifre, G., et al. (2024). Environmental and social inequities in continental France: An analysis of exposure to heat, air pollution, and lack of vegetation. Journal of Exposure Science and Environmental Epidemiology. https://doi.org/10.1038/s41370-024-00641-6

Agnoux, E., Bristielle, A., Calatayud, B., Dogneton, J. P., Grosse-Delasalle, J. L., Gulphe-Lachaud, I., Klotz, P., Lapointe, M., & Stern, L. (2025). Vivre le risque. Les Français et les décideurs locaux face au dérèglement climatique, Fondation Jean Jaurès. https://www.jean-jaures.org/publication/vivre-le-risque-les-francais-et-les-decideurs-locaux-face-au-dereglement-climatique/

Analyse des besoins sociaux. Un outil pour aiguiller les politiques sociales locales. (2023). Agence d'urbanisme de la région grenobloise. https://www.aurg.fr/article/383/26390-analyse-des-besoins-sociaux-un-outil-pour-aiguiller-les-politiques-sociales-locales.htm

Anzivino, L., Colom, P., Pamies, S. et Namy, C. (2021). L'appropriation de la démarche d'évaluation d'impact sur la santé par les collectivités : trois exemples en Auvergne-Rhône-Alpes. Santé Publique, 33(1), 57-63. https://doi.org/10.3917/spub.211.0057.

Arfeuillère, S., Saget, E. (2025, 5 mai). Ce qu'on peut faire contre la stigmatisation. Psycom. https://www.psycom.org/sinformer/la-stigmatisation/ce-quon-peut-faire-contre-la-stigmatisation/#la-stigmatisation-quest-ce-que-cest-6908531141f88

ARS Auvergne-Rhone-Alpes. (2024). Perception des ARS par les maires : un partenariat clé pour répondre aux enjeux locaux de santé. **https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/perception-des-ars-par-les-maires-un-partenariat-cle-pour-repondre-aux-enjeux-locaux-de-sante**

ARS Nouvelle-Aquitaine. Préfecture Nouvelle-Aquitaine. Région Nouvelle-Aquitaine. (2024, octobre). Plan régional Santé-Environnement 2024-2028. **https://www.nouvelle-aquitaine.prse.fr/IMG/pdf/rapport_du_prse_4_17_10_2024.pdf**

ARS Occitanie, Codes 34, Ireps Occitanie. (2021). Urbanisme favorable à la santé : Enjeux pour les collectivités de l'Hérault. Rapport d'enquête. **https://codes34.org/wp-content/uploads/2024/10/Rapport-denquete-UFS.pdf**

ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur. (2023, 28 mars). Lutter contre la stigmatisation et les violences envers les personnes vivant avec un problème de santé mentale. **https://www.paca.ars.sante.fr/index.php/lutter-contre-la-stigmatisation-et-les-violences-envers-les-personnes-vivant-avec-un-probleme-de**

Article L312-4 du code de l'action sociale et des familles. Légifrance. **https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045136949**

Article L1431-2 du Code de la santé publique. **https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045136971**

Barton, H. & Tsourou, C. (2004) Urbanisme et santé. Un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants, S2D-Association internationale pour la promotion de la santé et du développement durable. **https://www.clic-bc.ca/Documents/E_CtreDoc/Cadre-de-vie/Amenagement/Urbanisme%20et%20sante-Guide%20de%20l%20OMS%202000.pdf**

Bayad, V. (2019, 20 septembre). Comment le CNFPT a-t-il concrétisé ces enjeux en termes de formation depuis quinze ans ? Actes de la 21ème journée nationale d'étude « Élus, Santé Publique & Territoires », Les villes : fabriques de santé ? 30-32. **https://www.espt.asso.fr/wp-content/uploads/2023/01/ACTES-21e-JNE-ESPT-Paris-sept-2019-Les-Villes-fabriques-de-sante.pdf**

Bilan canicule et sante : Un été 2023 marqué par 4 épisodes de canicule, avec un impact sanitaire important. (2024). Santé Publique France. **https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2024/bilan-canicule-et-sante-un-ete-2023-marque-par-4-episodes-de-canicule-avec-un-impact-sanitaire-important**

Binter, A. C., Bernard, J. Y., Mon-Williams, M., Andiarena, A., González-Safont, L., Vafeiadi, M., Lepeule, J., Soler-Blasco, R., Alonso, L., Kampouri, M., McEachan, R., Santa-Marina, L., Wright, J., Chatzi, L., Sunyer, J., Philippat, C., Nieuwenhuijsen, M., Vrijheid, M., & Guxens, M. (2021). Urban environment and cognitive and motor function in children from four European birth cohorts. Environmental International, 158, 106933. **https://doi.org/10.1016/j.envint.2021.106933**

Bob, C., Deloly, C., Romagnon, J., Nassiet, C., Roué-Le Gall A., Thomas, M.F., (2020). Le guide ISadOrA, une démarche d'accompagnement à l'Intégration de la Santé dans les Opérations d'Aménagement urbain. EHESP, a-urba. **https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2020/06/001-Guide-entier-ISadOrA-version-web.pdf**

Broche, A., Miquet-Marty, F., Socias, L. (2023, 29 juin). De la solitude choisie à la solitude subie. Enquête sur une « sociose ». Fondation Jean Jaurès. **https://www.jean-jaures.org/publication/de-la-solitude-choisie-a-la-solitude-subie-enquete-sur-une-sociose/**

Cené, C. W., Beckie, T. M., Sims, M., Suglia, S. F., Aggarwal, B., Moise, N., Jiménez, M. C., Gaye, B., McCullough, L. D., & American Heart Association Social Determinants of Health Committee of the Council on Epidemiology and Prevention and Council on Quality of Care and Outcomes Research; Prevention Science Committee of the Council on Epidemiology and Prevention and Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology; and Stroke Council (2022). Effects of Objective and Perceived Social Isolation on Cardiovascular and Brain Health: A Scientific Statement From the American Heart Association. Journal of the American Heart Association, 11(16), e026493. **https://doi.org/10.1161/JAHA.122.026493**

Chambaud, L. (2019, 20 septembre). La place de la Ville dans l'organisation de l'offre de soins et de santé. Actes de la 21ème journée nationale d'étude « Élus, Santé Publique & Territoires », Les villes : fabriques de santé ? 85-88. **https://www.espt.asso.fr/wp-content/uploads/2023/01/ACTES-21e-JNE-ESPT-Paris-sept-2019-Les-Villes-fabriques-de-sante.pdf**

Chauvet, C. (2016). La nature juridique de l'agence régionale de santé. RDSS, p. 405.

Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH). (2022, Février, 17). Avis sur les inégalités sociales de santé.
https://www.cncdh.fr/sites/default/files/2023-01/A%20-%202022%20-%201%20-%20In%C3%A9galit%C3%A9s%20sociales%20de%20sant%C3%A9%2C%20f%C3%A9vrier%202022.pdf

Cnrs Biologie. (2020, 28 juillet). Le contact tactile favorise les interactions sociales via l'ocytocine. Cnrs. **https://www.insb.cnrs.fr/fr/cnrsinfo/le-contact-tactile-favorise-les-interactions-sociales-locytocine**

Conférence nationale de santé. (2022, 6 avril). La démocratie en santé : une urgence de santé publique. 11 Recommandations pour l'avenir de la démocratie en santé. [Rapport].
https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/286347_0.pdf

Dagorn, J. (n.d.). Les femmes victimes de violences en milieu rural de la Nouvelle-Aquitaine, Observatoire des Violences Sexistes et Sexuelles de Nouvelle-Aquitaine.
https://www.nouvelle-aquitaine.fr/sites/default/files/2022-11/rapport%20rural%20der.pdf

Delage, V., Tellier-Poulain, M., & Vincent, L. (2025, septembre). Santé mentale des jeunes de l'Hexagone aux Outre-mer. Cartographie des inégalités. Institut Montaigne. Institut Terram. Mutualité française.
https://institut-terram.org/publications/sante-mentale-des-jeunes-de-lhexagone-aux-outre-mer-cartographie-des-inegalites/

Delage, V. & Malâtre-Lansac, A. (2025, avril). Mobilités : la santé mentale à l'épreuve des transports, Institut Terram, Alliance pour la santé mentale. **https://institut-terram.org/publications/mobilites-la-sante-mentale-a-lepreuve-des-transports/**

Diallo, T., Le Gall A.R., Lemaire, N., Pascal, M. (2022). Transformer les villes pour préserver la santé des générations présentes et futures. La santé en action. L'urbanisme au service de la santé, 459, 5-9.
https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-mars-2022-n-459-l-urbanisme-au-service-de-la-sante

Dhumeaux, D., Gallien, C., Jarlier, P., Joly, P., & Labaronne, D. (2019, 26 juillet). Ruralités : une ambition à partager – 200 propositions pour un agenda rural. Rapport remis au gouvernement français. **https://www.vie-publique.fr/rapport/268391-200-propositions-pour-un-agenda-rural**

Drees. (2024). Etudes et Résultats. Plus exposés à la pollution de l'air, les jeunes enfants des ménages modestes, plus fragiles, sont les plus affectés : **https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-01/ER1292MAJ2.pdf**

Donier, V. (2015). L'avenir de la décentralisation de l'action sociale. Revue française d'administration publique, 156(4), 1055-1064.
https://doi.org/10.3917/rfap.156.1055.

Eliot, E., Lucas-Gabrielli, V., Mangeney, C. (2017). Territorialisation sanitaire et décentralisation : État des lieux et enjeux à partir du cas français, Revue francophone sur la santé et les territoires.
https://doi.org/10.4000/rfst.577

Fabrique Territoires Santé. (2024). Fiches synthétiques—Groupe de travail « Santé et ruralité ». **https://www.fabrique-territoires-sante.org/nos-actions/favoriser-le-developpement-et-lamelioration-des-demarches-territoriales-de-sante-en-milieu-rural/**
Fiche synthétique 1 : l'action déterminante des collectivités territoriales
Fiche synthétique 2 : la prévention en milieu rural
Fiche synthétique 3 : la participation en milieu rural
Fiche synthétique 4 : la santé mentale en milieu rural
Fiche synthétique 5 : la santé environnementale en milieu rural
Fiche synthétique 6 : l'alimentation en milieu rural
Fiche synthétique 7 : la santé des jeunes en milieu rural

Fabrique Territoires Santé. (2023). Enquête exploratoire. L'articulation entre les dynamiques territoriales de santé (CLS, CLSM et ASV) et les CPTS : enjeux et questionnements. **https://www.fabrique-territoires-sante.org/enquete-exploratoire-larticulation-entre-les-dynamiques-territoriales-de-sante-cls-clsm-et-asv-et-les-cpts-enjeux-et-questionnements/**

Fabrique Territoires Santé. (2018, 6 avril). La territorialisation des politiques de santé. Journée d'études #1. Paris. France. **https://www.fabrique-territoires-sante.org/wp-content/uploads/2024/07/Actes-_-Journee-detudes-1-La-territorialisation-des-politiques-de-sante.pdf**

Fédération nationale des observatoires régionaux de la sante (fnors) (2024, novembre). Epitomé n°8. Inégalités sociales de santé et territoires. https://ors-ge.org/sites/default/files/inline-files/Epitome8_InegalitesSocialesTerritoires_Novembre2024_VF.pdf

Fédération Promotion Santé. (2023). Repenser l'accompagnement des contrats locaux de santé (CLS) : Nouveaux défis et opportunités pour la promotion de la santé dans les territoires. Synthèse – Session satellite : congrès SFSP 4 octobre 2023. https://www.federation-promotion-sante.org/wp-content/uploads/2024/02/Synthese_session_satellite_FPS_CLS-Congres_SFSP_2023_VF.pdf

Fouad, A., & Grémy, I. (2020). Et si la santé passait aussi par l'aménagement du territoire ? Et si l'aménagement du territoire traitait aussi des questions de santé ?". Santé et territoires. Point Fnau 11, Gallimard. 53-55. https://www.fnau.org/wp-content/uploads/2020/05/bat-sante-et-territoires_extrait.pdf

Georgelin, B. (2019, 20 septembre). « Territorialiser » : Pour quels espoirs placés dans la figure du territoire ? In Actes de la 21 ème journée nationale d'étude « Élus, Santé Publique & Territoires ». Les villes fabriques de santé ? https://www.espt.asso.fr/wp-content/uploads/2023/01/ACTES-21e-JNE-ESPT-Paris-sept-2019-Les-Villes-fabriques-de-sante.pdf

Grislain-Letrémy, C., Sixou, J., Sotura, A. (2024, Novembre). En milieu urbain, les ménages modestes sont en général plus exposés aux îlots de chaleur. Insee Analyses, 99. https://www.insee.fr/fr/statistiques/8283129#titre-bloc-19

Goter, F. et Khenniche, S. (2022). Évaluation des politiques publiques : vers une pratique intégrée au pilotage de l'action publique. Gestion et management public, 10 / N° 3(3), 35-56. https://doi.org/10.3917/gmp.103.0035

Goter, F., & Zardet, V. (n.d.). Les impacts socio-économiques du dispositif public des Ateliers Santé Ville. Observatoire action sociale action publique. https://observatoire-asap.org/index.php/2021/03/02/les-impacts-socio-economiques-du-dispositif-public-des-ateliers-sante-ville/

Guilpain, M. (2023). Aménager des espaces publics favorables à la santé en contexte rural : L'exemple du bourg de la commune d'Augan (Morbihan). Géoconfluences. **https://geoconfluences.ens-lyon.fr/informations-scientifiques/dossiers-regionaux/france-espaces-ruraux-periurbains/articles-scientifiques/espaces-publics-et-sante-augan**

Huiart, L. (dir.). (2022, mars). "L'urbanisme au service de la santé", La Santé en action, 459. **https://www.santepubliquefrance.fr/docs/magazinesrevues/la-sante-en-action-mars-2022-numero-459-lurbanisme-au-service-de-la-sante**

Honta, M. (2019). L'organisation locale de l'équité en santé ou les errements de l'intersectorialité". Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, 67, supplement 1, S13-S18. **https://doi.org/10.1016/j.respe.2018.12.059**

Honta, M., & Basson, J.-C. (2017). La fabrique du gouvernement métropolitain de la santé L'épreuve de la légitimation politique. Gouvernement et action publique, 6(2), 63-82. **https://doi.org/10.3917/gap.172.0063**

IGAS. (2024, novembre). Pauvreté et conditions de vie des jeunes dans le monde rural : comment adapter les réponses institutionnelles ? **https://igas.gouv.fr/pauvrete-et-conditions-de-vie-des-jeunes-dans-le-monde-rural-comment-adapter-les-reponses-institutionnelles**

Inserm. (2024, 14 octobre). Les femmes vivent plus longtemps et en meilleure santé que les hommes, vraiment ? **https://presse.inserm.fr/canal-detox/les-femmes-vivent-plus-longtemps-et-en-meilleure-sante-que-les-hommes-vraiment/**

Intercommunalités de France. (2023, avril). Développer une politique territoriale en santé : retour d'expérience de six intercommunalités. **https://www.intercommunalites.fr/app/uploads/2023/04/2023_focus-Sante_V6.pdf**

Intercommunalités de France. (2021). Quel rôle pour l'intercommunalité en santé ? Résultats partiels de l'enquête nationale d'intercommunalités de France conduite durant l'été 2021. **https://www.intercommunalites.fr/app/uploads/2022/11/2021-11-idf-enquete-role-intercommunalite-sante.pdf**

Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (INJEP). (2019, septembre). « Les filles du coin ». Enquête sur les jeunes femmes en milieu rural. Sociabilités dans l'espace local rural populaire. [Rapport d'étude] **https://injep.fr/wp-content/uploads/2019/10/rapport-2019-07-Filles-du-coin.pdf**

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (n.d.). Déterminants de la santé. **https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-sante**

Jabot, F. (2021). L'évaluation d'impact sur la santé pour scruter et sculpter les politiques. Santé Publique, 33, 7-16. **https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2021-1-page-7?lang=fr**

Jimenez, T. (2023, 7 mars). Démocratie sanitaire en France : Les leçons de la pandémie de Covid-19, The Conversation. **https://theconversation.com/democratie-sanitaire-en-france-les-lecons-de-la-pandemie-de-covid-19-200369**

Karrer, M. (2018, 6 avril). La territorialisation des politiques de santé, Journée d'études #1. Fabrique Territoires Santé. Paris. France. **https://www.fabrique-territoires-sante.org/wp-content/uploads/2024/07/Actes-_-Journee-detudes-1-La-territorialisation-des-politiques-de-sante.pdf**

LALONDE, M. (1974) Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens. Gouvernement du Canada, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. **https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-fra.pdf**

Lambert, A. & Cayouette-Remblière, J. (2025). Le visage social contrasté de la pandémie de Covid-19. La Santé en action, (468), 5-7. **https://www.santepubliquefrance.fr/sites/default/files/rdd/document/807766_spf00005682.pdf**

Lang, T. (2023). Comment agir sur les causes sociales des inégalités de santé ? Observatoire des inégalités. **https://www.inegalites.fr/inegalites-de-sante**

Lang, T. & Menvielle, G. (2021, mars). Les inégalités sociales de santé : vingt ans d'évolution. adsp n° 113. 2. **https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=1174**

Lavelle Sachs, A. (2024). Faciliter l'accès aux espaces naturels pour tous les citadins. La santé en action, 467, 37-39. https://www.santepubliquefrance.fr/sites/default/files/rdd/document/778838_spf00005482.pdf

Leroux, I. (2022). L'aide et l'action sociales en France- Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion- Édition 2022. DREES. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-02/AAS2022MAJ010224.pdf

Melscoët, I. (2019, 20 septembre). Ville et santé environnementale. Actes de la 21 ème journée nationale d'étude « Élus, Santé Publique & Territoires ». Les villes : fabriques de santé ? Paris. 27-28. https://www.espt.asso.fr/wp-content/uploads/2023/01/ACTES-21e-JNE-ESPT-Paris-sept-2019-Les-Villes-fabriques-de-sante.pdf

Miller, L & Santiago, I. (2025, 1er avril). Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur les manquements des politiques publiques de protection de l'enfance. Assemblée Nationale. www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/rapports/cease/l17b1200-ti_rapport-enquete#

Ministère de la Transition écologique, de la biodiversité, de la forêt, de la mer et de la pêche. (2025, février). Synthèse de la consultation publique sur le Plan national d'adaptation au changement climatique. https://www.ecologie.gouv.fr/sites/default/files/documents/20250207_PNACC_Synthe%CC%80se.pdf

Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles. (2023, septembre). Projet de Stratégie nationale de santé 2023-2033. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/projet_sns.pdf

MOLEUX Marguerite, SCHAETZEL Françoise, SCOTTON Claire, « Les inégalités sociales de santé – Déterminants sociaux et modèles d'action », IGAS, 2011. https://www.igas.gouv.fr/sites/igas/files/files-spip/pdf/rm2011-061p_les_inegalites_sociales_de_sante___determinants_sociaux_et_modeles_d_action.pdf

Organisation mondiale de la santé. (2025). De la solitude aux liens sociaux : ouvrir la voie vers des sociétés plus saines. https://www.who.int/fr/publications/m/item/from-loneliness-to-social-connection-summary/

Organisation mondiale de la Santé. (2016, 1 octobre). Urban green spaces and health. **https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2016-3352-43111-60341**

Organisation Mondiale de la Santé. (2008). Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. **https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/f32a199e-2a88-45fc-b6c8-0c900ca36bea/content**

Paquin, S. (2022, mars). Québec : pour un environnement urbain favorable à la santé. La santé en action. L'urbanisme au service de la santé, 459. **https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-mars-2022-n-459-l-urbanisme-au-service-de-la-sante**

Peretti-Watel, P., (2025). Le confinement a davantage dégradé la santé mentale des plus modestes. La Santé en action, (468), 8-9. **https://www.santepubliquefrance.fr/sites/default/files/cadic_files/documents/spf00005683.pdf**

Polton, D. (2022). Nouveau Regard sur « Décentralisation des systèmes de santé : réflexions à partir de quelques expériences étrangères » Regards, 60(1), 120-128. **https://doi.org/10.3917/regar.060.0120.**

Priorité prévention. Rester en bonne santé tout au long de sa vie". Plan national de santé publique 2018-2022. **https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_de_sante_publique__psnp.pdf**

Que sont les inégalités sociales de santé ? (2021, 25 novembre). Vie publique. République française. **https://www.vie-publique.fr/fiches/37861-inegalites-sociales-de-sante**

Région Nouvelle-Aquitaine. (2023). Feuille de route santé 2023-2028. **https://www.nouvelle-aquitaine.fr/les-actions/amenagement-du-territoire/sante**

Région Nouvelle-Aquitaine. (n. d.).Plan d'action "Réaliser l'Egalité" en Nouvelle-Aquitaine 2018-2021. **https://www.nouvelle-aquitaine.fr/sites/default/files/2020-05/realiser_egalite_planaction20182021-note.pdf**

Renaudie, O. (2023). Santé et territoires. Titre VII, 11(2), 44-52. **https://doi.org/10.3917/tvii.011.0044**

Renaudie, O. (2022). Le rôle croissant des maires. Constructif, 63(3). 41-44. **https://doi.org/10.3917/const.063.0041.**

Renaudie, O. (2020). Collectivités territoriales et compétences en santé publique : sortir de l'ambiguïté ? Revue française d'administration publique, 176(4). 901-912. **https://doi.org/10.3917/rfap.176.0059.**

Réseau français des Villes-Santé. (2023, octobre). L'observation locale en santé : état des lieux dans les villes et les intercommunalités. Point Villes-Santé. **https://villes-sante.com/wp-content/uploads/2023/10/PVS-OLS.pdf**

Réseau français des Villes-Santé. (2015). Agir sur les déterminants de santé. Les actions des villes-santé. Presses de l'EHESP. **https://villes-sante.com/wp-content/uploads/2022/11/GUIDES_ouvrage_25ans.pdf**

Roebbel, N.L, Toroyan, Tamitza. (2022). Défis de la santé urbaine : le constat et les propositions de l'OMS. La santé en action. L'urbanisme au service de la santé, 459, 19-22. **https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-mars-2022-n-459-l-urbanisme-au-service-de-la-sante**

Santé publique France (2025, 20 octobre). Inégalités sociales et territoriales de santé. Les enjeux de santé. **https://www.santepubliquefrance.fr/inegalites-sociales-et-territoriales-de-sante/les-enjeux-de-sante/#tabs**

Savall, H. ; Goter, F. ; Bondin, L. (2019). Évaluation socio-économique des Ateliers Santé Ville, Rapport ISEOR, 333 p

Sénat. (2024, 13 novembre). Rapport d'information fait au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable relatif aux inégalités territoriales d'accès aux soins.
https://www.senat.fr/rap/r24-137/r24-1371.pdf

Sénat (2021, 14 octobre) Femmes et ruralités : en finir avec les zones blanches de l'égalité. Rapport d'information n° 60 (2021-2022), tome I.
https://www.senat.fr/notice-rapport/2021/r21-060-1-notice.html

Sénat. (2021, 24 juin). Les collectivités territoriales : un intervenant de santé publique à part entière : Rapport d'information n° 712 (2020-2021). **https://www.senat.fr/rap/r20-712/r20-712_mono.html**

Sénat. (2020, 10 juillet). Rapport d'information n° 625 (2019-2020) : Sur les collectivités territoriales face au COVID-19 – Travaux relatifs à la situation des collectivités territoriales lors de l'épidémie de COVID-19. **https://www.senat.fr/rap/r19-625/r19-6251.pdf**

Société française de santé publique. (2023, juillet-août). Retours sur le colloque « Collectivité territoriale et Santé : le temps des compétences » [Dossier du mois]. **https://www.pratiquesensante.com/blog/politiques-10/retours-sur-le-colloque-collectivite-territoriale-et-sante-le-temps-des-competences-2699**

Tang Y, Benusiglio D, Lefevre A, Hilfiger L, Althammer F, Bludau A, Hagiwara D, Baudon A, Darbon P, Schimmer J, Kirchner MK, Roy RK, Wang S, Eliava M, Wagner S, Oberhuber M, Conzelmann KK, Schwarz M, Stern JE, Leng G, Neumann ID, Charlet A, Grinevich V.. (2020, 27 juillet). Social touch promotes inter-female communication via activation of parvocellular oxytocin neurons. Nature Neuroscience 23, 1125-1137. **https://doi.org/10.1038/s41593-020-0674-y**

Viot, M., & Vaillant, Z. (2017). Co-produire et partager des connaissances pour décloisonner acteurs et niveaux territoriaux et agir sur les inégalités infra-communales de santé. Revue francophone sur la santé et les territoires. (**https://shs.hal.science/halshs-01774300v1**)

Vanberselaert, M. (2025, avril 16). La santé au cœur des politiques publiques territoriales, Caisse des dépôts. **https://www.caissedesdepots.fr/eclairage/blog/articles/la-sante-au-coeur-des-politiques-publiques-territoriales**

Vandentorren, S., Serrano, B., Delpierre, C., Counil, É., & Simon, P. (2025, 21 janvier). Inégalités sociales de santé : les leçons de la crise Covid [Dossier thématique]. La santé en action, 468. Santé publique France. 4. **https://www.santepubliquefrance.fr/sites/default/files/rdd/document/807913_spf00005708.pdf**