

Ressources et travaux  
sur **Territoires et santé**

---

Sélection bibliographique 2015-2018

Mars 2018





Cette bibliographie sélective propose un ensemble de travaux de référence et d'analyses d'expert.e.s éclairant la relation territoires et santé.

Les documents directement accessibles en ligne ont été privilégiés.

*(Cliquez sur la référence pour ouvrir le document présenté)*

Les références proposées sont essentiellement en français, sélectionnées sur la période (2015-2018).

Cette bibliographie ne prétend pas à l'exhaustivité.

Ce travail a été réalisé par le **service de veille du CGET**, en partenariat avec :

- l'**IHEDATE** (Institut des hautes études de développement et d'aménagement des territoires en Europe)
- le **LADYSS** (Laboratoire Dynamiques sociales et recomposition des espaces – axe 4 Enjeux sanitaires et territoires)
- et le **Groupe technique Santé** du CGET

CGET / Direction des stratégies territoriales  
Isabelle RICAN – Responsable du service de veille  
[veille.cget@cget.gouv.fr](mailto:veille.cget@cget.gouv.fr)

mars 2018



# Sommaire

---

## 1-Etat de santé

- > Inégalités sociales et territoriales de santé
- > Santé et environnement

## 2-Offre de soins

- > Organisation du système de soins
- > Gouvernance locale
- > Accessibilité territoriale des soins

## 3-Urbanisme, aménagement du territoire et santé

## 4-Innovations dans l'accès aux soins

*Accédez aux documents présentés en cliquant sur le titre de chaque référence.*

# 1- Etat de santé

## Inégalités sociales et territoriales de santé

### ▪ Les inégalités territoriales de la santé en France, portrait.

Intervention dans le cadre de la session 3 de la formation IHEDATE « Cohésion, équité territoriale et santé » du 15 mars 2018. Emmanuel Vigneron, mars 2018. Vidéo

Les inégalités territoriales de santé en France sont importantes. Elles concernent aussi bien l'état de santé de la population que la répartition de l'offre. Loin de se résorber, elles se creusent. Un processus de fragmentation est à l'oeuvre. Il est non seulement contraire aux objectifs les plus fondamentaux de la République tels que posés dès 1789, mais il menace aussi la cohésion territoriale. A l'aide de quelques cartes et graphiques, l'exposé tentera de condenser l'essentiel de ce qu'il faut savoir dans le triple registre de l'état de santé de la population, de l'offre de soins et de la consommation de soins. La bibliographie et les documents communiqués permettront de compléter cet aperçu nécessairement très partiel.

### ▪ Les inégalités sociales de santé - Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016.

Drees, novembre 2017. 294 p.

La Drees a conduit entre juin 2015 et juin 2016 un séminaire de réflexion et de discussion sur les inégalités sociales de santé (ISS). Se reporter notamment aux actes des séances consacrées aux inégalités sociales et territoriales de santé, ainsi qu'à celles sur les besoins des décideurs et des élus en matière de connaissances sur les inégalités.

On sait que la composition sociale des habitants n'explique qu'en partie les inégalités territoriales de santé. Les caractéristiques des territoires et leurs évolutions jouent un rôle dans la construction ou dans la réduction des inégalités sociales de santé. Pour démêler le lien entre inégalités sociales et territoriales de santé, de nombreuses questions se posent. Quel est le niveau d'analyse le plus pertinent ? Faut-il observer et mesurer les écarts de santé à un niveau fin ou agrégé ? Quelles méthodologies sont à développer pour mesurer à la fois les effets individuels et les effets des territoires sur les inégalités sociales de santé ? Comment le prendre en compte dans les politiques publiques ? Quels territoires sont à considérer ?

Certains travaux montrent qu'il faut s'intéresser à tous les lieux fréquentés par une personne, le lieu de résidence, le lieu de travail, éventuellement les lieux de loisirs ainsi que la mobilité entre ces lieux. Tout en ayant à l'esprit que les personnes ne résident pas toute leur vie au même endroit, qu'elles peuvent déménager dans des lieux plus ou moins favorables à la santé. Enfin, il ne faut pas oublier que les territoires eux-mêmes évoluent à moyen ou long terme.

### ▪ Le vieillissement de la population et ses enjeux. Fiche d'analyse de l'Observatoire des territoires 2017.

CGET ; Observatoire des Territoires ; De Lapasse Benoit

En Détail, n°5, 1/2018. 17 p.

Phénomène mondial, le vieillissement des populations touche aussi bien des pays développés comme le Japon que des pays émergents comme la Chine. En Europe, il a d'abord concerné les pays du Nord avant de s'étendre à ceux du Sud. Cette augmentation de la part de personnes âgées dans la population européenne (13,7 % des personnes avaient 65 ans et plus en 1990, 19,2 % en 2016 dans l'UE 28) est la dernière conséquence de la transition démographique, qui se traduit par la baisse de la fécondité et l'augmentation de l'espérance de vie.

La population française vieillit elle aussi, mais à un rythme légèrement moins rapide. La part des personnes âgées de 65 ans ou plus y est passée de 13,9 % en 1990 à 18,8 % en 2016. Ce vieillissement affecte toutefois différemment les territoires français. Les territoires peu denses accueillent une forte proportion de populations âgées mais ne vieilliront plus. L'enjeu principal sera le problème de l'isolement. Le périurbain des années 1970 est jeune et va connaître au moins ponctuellement un vieillissement marqué. Un des enjeux majeurs y sera l'accessibilité aux services. Enfin, le littoral méditerranéen cumule les trois facteurs à considérer : une population déjà vieille, une population qui va continuer à vieillir et, du fait d'un territoire attractif, une forte augmentation du nombre de personnes âgées. L'enjeu sera d'adapter les capacités des structures de prise en charge de la perte d'autonomie pour qu'elles accompagnent cette importante augmentation.

▪ **Atlas interactif de la santé mentale en France.**

Irdes, Drees, Atlasanté. Coordonné par Coldefy M., 2018.

Cet atlas constitue une base de données territorialisées en santé mentale. Il rassemble plus de 350 indicateurs pouvant être mobilisés dans l'élaboration et le suivi des diagnostics de santé partagés des projets territoriaux en santé mentale. Il sera complété par la publication en 2018 de l'ouvrage « L'Atlas de la santé mentale en France » coédité par l'Irdes et la DREES. Cet ouvrage proposera une analyse des disparités territoriales en termes d'offre, de recours aux soins ou de besoins.

▪ **Réduire les inégalités sociales de santé. Une approche interdisciplinaire de l'évaluation.**

Nadine Haschar-Noé, Thierry Lang  
IFERISS, 2018. 520 p.

L'ouvrage est centré sur les inégalités sociales de santé et les interventions et politiques publiques visant à les réduire. Il s'appuie sur une expérience de recherche interdisciplinaire initiée depuis 2007 et repose sur une convergence entre chercheurs sur les façons de définir et d'analyser les inégalités sociales de santé comme construction sociale et historique.

En termes d'interventions, une typologie servant de cadre d'analyse commun a été proposée, qui pourrait permettre aux professionnels et chercheurs de partager des connaissances pour agir plus efficacement sur la réduction des inégalités sociales de santé. L'ouvrage vise à éclairer et mettre en débat la notion d'évaluation et les multiples significations, usages et pratiques qu'elle recouvre dans deux « mondes sociaux », la santé publique et l'analyse des politiques publiques, éloignés l'un de l'autre pour de nombreuses raisons institutionnelles, culturelles, scientifiques. L'ouvrage s'appuie sur des expériences concrètes menées dans le cadre de la recherche interventionnelle.

*Sommaire en ligne*

▪ **Le territoire, générateur d'inégalités face aux cancers.**

FAYET Yohan, CHASLES Virginie, DUCIMETIERE Françoise, RAY-COQUARD Isabelle  
Revue francophone sur la santé et les territoires, janvier 2018. 22 p.

Agir efficacement contre les inégalités géographiques face aux cancers implique une meilleure compréhension du processus

aboutissant à ces inégalités. Une méthodologie interdisciplinaire, privilégiant une approche systémique des effets du territoire sur la santé et retraçant l'évolution pronostique des patients, permettrait de répondre à ce besoin. La cohorte EMS, retraçant la prise en charge de patients atteints de sarcomes (cancers rares) en Rhône-Alpes, a été analysée suivant ces principes méthodologiques. Une typologie de six types de territoires, synthétisant 15 variables géographiques reconnues comme ayant une influence sur la santé, a été calculée. L'analyse géographique des données cliniques souligne les pertes de chances propres à chaque type de territoire. La surmortalité des pôles urbains est liée à l'incidence plus importante des sarcomes dans ces territoires, quand la surmortalité des quartiers populaires et des espaces ruraux s'expliquent davantage par des pertes de chances de survie au cours de la prise en charge.

▪ **L'Europe de la santé.**

Nora Benhabiles

Annales des Mines - Réalités industrielles, 2018/1 (Février 2018). pp 50-53

Les programmes nationaux et européens sont des opportunités uniques de répondre aux grands enjeux de l'innovation en santé à travers la recherche, le développement et la mise sur le marché de nouveaux produits et services.

En effet, les marchés de santé doivent relever divers défis du fait de l'augmentation de la demande et des coûts liés au vieillissement de la population et à une prévalence accrue des pathologies chroniques et des comorbidités associées. On observe en parallèle une plus grande implication des patients, des aidants et des professionnels de santé, qui attendent des produits et des services personnalisés toujours plus efficaces.

Les programmes de recherche européens permettent de proposer des preuves de concepts et d'envisager un passage à l'échelle transfrontalière pour mieux appréhender les impacts sociétaux et économiques. L'Europe de la santé est complexe : dans cet article, nous proposons une synthèse de l'apport de ces grands programmes européens dans ce domaine.

▪ **Atlas de la santé de la population dans l'Union Européenne (Atlas of Population Health in European Union Regions)**

Paula Santana, et al.

Imprensa da Universidade de Coimbra, 2017. 263 p.

Dans le cadre du projet EURO-HEALTHY, financé par l'Union Européenne et rassemblant 15 équipes européennes, un atlas de la santé permet de faire le point sur les inégalités de santé en Europe (états de santé et déterminants de la santé) et de situer les inégalités observées en France par rapport à celles observées dans l'Union européenne sur la période la plus récente.

▪ **Promoting population health and equity in Europe : from evidence to policy.**

Paula Santana, et al.  
Imprensa da Universidade de Coimbra, novembre 2017. 107 p.

Les inégalités en matière de santé ont augmenté en Europe, en particulier dans un contexte de vieillissement de la population et de crise économique et sociale. Marqués par des systèmes de santé différenciés, les inégalités en matière de santé constituent des défis politiques importants. Le projet EURO-HEALTHY financé par l'UE a travaillé pour identifier et comprendre les facteurs clés qui affectent la santé de la population et repérer les politiques permettant d'améliorer la santé et l'équité en matière de santé au sein des 269 régions européennes. Le projet a développé des outils pour évaluer et surveiller la santé et discuter de l'impact des politiques visant à promouvoir la santé de la population en focalisant sur 2 villes (Lisbonne et Turin). Le document produit permet de présenter une synthèse des travaux réalisés.

▪ **Les bibliographies thématiques de l'IRDES.**

Service de documentation de l'IRDES, Marie-Odile Safon, Véronique Suhard.

Le Service documentation de l'IRDES propose une riche collection de bibliographies thématiques, travail remarquable de contextualisation et de recensement des acteurs et travaux emblématiques de la discipline. Sont mentionnées ci-après des bibliographies récentes en lien avec la problématique des inégalités de santé :

> **L'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de handicap.**

2017/11. 205 p.

> **La géographie de la santé.**

2017/07. 241 p.

▪ **Les inégalités sociales de santé. Dossier thématique.**

Culture & santé (asbl). Juillet 2017. 39 p.

Après la présentation de plusieurs documents de référence sur le sujet, la première partie du dossier

est consacrée à la question du diagnostic : comment les inégalités sociales de santé se mesurent-elles ? Comment s'évaluent-elles ? La deuxième partie s'intéresse, quant à elle, aux origines et causes de ces inégalités (notamment avec la question des déterminants de la santé). Enfin, la dernière partie concerne les politiques et les actions mises en place face à ces inégalités sociales de santé pour tenter de les réduire.

▪ **Co-produire et partager des connaissances pour décroiser acteurs et niveaux territoriaux et agir sur les inégalités infra-communales de santé.**

Viot Marianne, Vaillant Zoé

Revue francophone sur la santé et les territoires, juin 2017. 16 p.

Depuis 2011, un groupe de travail francilien dénommé « Plateforme Géodépistage » réunit des acteurs de différentes sphères professionnelles (chercheurs, acteurs institutionnels et de santé publique, élus locaux) agissant à différents niveaux territoriaux (de l'Etat à l'intra-communal) autour de la question des inégalités socio-territoriales de santé. Ce rapprochement s'opère autour de la production de connaissances sur les disparités d'accès au dépistage du cancer du sein dans des villes d'Ile-de-France.

L'article propose de décrire la démarche de co-production, partage et application des connaissances portée par ce groupe de travail régional et de mettre en évidence deux types d'effets produits par le décroissement d'acteurs qu'induit cette démarche, à la fois au sein de la plateforme elle-même et dans une ville, en s'appuyant sur l'exemple d'Argenteuil (Val d'Oise). La première expression de ce décroissement s'observe dans la création de références communes entre les acteurs de la plateforme autour de la notion de territoire et d'inégalités de santé. La seconde se révèle dans la mise en oeuvre au niveau local de collaborations avec de nouveaux acteurs qui n'étaient pas encore associés au processus de co-production de connaissances.

▪ **Inégalités environnementales et sociales sont étroitement liées en Île-de-France.**

IAU IdF, Sandrine Gueymard, Nicolas Laruelle  
Note rapide Environnement, n° 749, 19 juin 2017. 6 p.

Les territoires franciliens présentent des situations contrastées en termes de qualité de l'environnement et de cadre de vie. Les composantes environnementales, positives ou



négatives, reflètent des déséquilibres territoriaux qui recouvrent parfois des inégalités sociales.

▪ **L'état de santé de la population de la France. Edition 2017.**

N. Fourcade et F. von Lennep (DREES) ;  
I.Grémy et F. Bourdillon (Santé publique France)  
Mai 2017. 436 p.

*Se référer plus particulièrement au chapitre 3 :*  
**Mesure des inégalités sociales, déterminants sociaux et territoriaux de la santé.**

Ce chapitre présente dans une première partie, un certain nombre d'indicateurs considérés comme déterminants de la santé qu'il s'agisse :

- d'indicateurs de position sociale considérée comme déterminant structurel de la santé, utilisés dans la mesure des inégalités sociales de santé
- d'indicateurs d'accès aux soins.

Dans une deuxième partie, afin de mesurer les disparités sociales en France à un niveau géographique fin, une typologie a été réalisée à partir d'indicateurs sociaux déclinés à l'échelle communale. La typologie obtenue met en relief les situations contrastées qui se retrouvent entre les zones urbaines, périurbaines et rurales, mais aussi les disparités qui existent entre régions et, au sein de celles-ci, pour une même unité urbaine.

▪ **La santé et l'accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité**

Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes, D. Bousquet, et al.  
Rapport n°2017-05-29-SAN 027. Mai 2017.  
124 p.

La France et les pays de niveau socio-économique équivalent ont connu une importante amélioration de l'état de santé de leur population, comme en attestent des indicateurs de santé. Pourtant, les progrès accomplis ne profitent pas à toutes et tous et les inégalités sociales de santé perdurent. Jusqu'alors, celles-ci ont été peu abordées dans une perspective de genre, c'est-à-dire avec une analyse de l'impact différencié selon le sexe des déterminants sociaux et des politiques publiques. Dans son rapport, le Haut Conseil à l'Egalité s'est intéressé aux femmes en situation de précarité, ces femmes « hors radar », dont la santé est dégradée et l'accès aux soins entravé.

Les femmes représentent 64% des personnes qui reportent des soins ou y renoncent, soit près de 9,5 millions de femmes qui, chaque année :

- ne sollicitent pas les aides financières trop complexes : un tiers des potentiel.le.s bénéficiaires de la CMU-C ne la demande pas ;

- font face à des dépassements d'honoraires ou à des délais d'attente trop importants, voire à des discriminations et des refus de soin ;

- ne peuvent se permettre de prendre le temps de consulter un.e professionnel.le de santé, le quotidien de ces femmes étant une course permanente, dans laquelle leur santé passe en dernier, après leurs enfants, leur compagnon et la gestion des difficultés financières.

Le Haut Conseil à l'Egalité appelle à une politique volontariste de lutte contre les inégalités de santé qui tienne compte des inégalités de sexe, et encourage le développement de dispositifs spécifiques à destination des femmes en situation de précarité.

▪ **La santé des populations vulnérables.**

Adam Christophe ; Fauchere Vincent ;  
Micheletti Pierre ; Pascal Gérard  
Ellipses, 2017. 413 p.

Depuis la naissance d'un individu, se développent de manifestes inégalités face à la santé et à la maladie qui impactent directement l'espérance de vie, notamment au détriment des personnes aux revenus les plus faibles. La mortalité prématurée évitable touche de façon très discriminante les différentes catégories sociales. Pour les professionnels concernés, agir à cet égard ne relève pas d'une charité où la bonne volonté se substituerait à la compétence. Des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être sont indispensables. Ils résultent de nécessaires processus d'apprentissage enrichis par l'expérience.

*Note de lecture de Denis Mechali sur l'ouvrage ci-dessus :*

« **La santé des populations vulnérables.** »

Revue Projet, 2018/1 (N° 362), p. 90-91.

▪ **L'accès aux soins des personnes en situation de précarité.**

CESER Hauts-de-France, Octobre 2016. 76 p.

La région Hauts-de-France a le taux de mortalité le plus élevé de notre pays et connaît une espérance de vie moins longue que celle de la moyenne nationale. Partant de ce constat alarmant, le CESER Hauts-de-France a décidé de se pencher sur la question pour discerner les raisons du non recours aux soins des personnes en situation de précarité et leurs besoins spécifiques (non recours aux droits, méconnaissance, nombreux dispositifs

existants...), et de proposer des solutions visant à améliorer la situation de la région Hauts-de-France. Le rapport-avis ne caractérise pas un état des lieux de la démographie médicale ni de l'offre de soin en général.

Le CESER Hauts-de-France préconise d'informer sur les thèmes clés (éducation, prévention, dépistage, soin) et d'agir sur l'offre de soins, en ville et en établissements, en associant les usagers. Il n'incite pas à créer de nouveaux dispositifs mais bien à exploiter de manière optimale les dispositifs existants car sous-exploités. Le CESER préconise, entre autres, de mettre en place des campagnes d'information pour lutter contre la complexité du système existant, pour éviter toute rupture de droit, l'incompréhension des usagers, ou un risque de non recours au droit.

#### ▪ La santé des populations.

Gaimard Maryse.

L'Europe en Formation, vol. 377, no. 3, 2015, pp. 79-95.

La santé est envisagée ici par la maladie et la morbidité, notamment par la charge des maladies et l'état de santé perçu. Les avancées réalisées pour réduire la morbidité ont été considérables et les principales pathologies rencontrées relèvent des maladies chroniques comme les maladies cardiovasculaires et les cancers. Les principaux facteurs de risque dans la plupart des pays d'Europe sont l'alcoolisme, le tabagisme, le surpoids et l'obésité qui atteignent encore des niveaux alarmants. Les inégalités de santé entre les pays et au sein d'un même pays restent importantes et sont fortement corrélées aux inégalités socioéconomiques et aux performances des systèmes de santé.

## Santé et environnement

### ▪ Santé et environnement

Aurélien BOUTAUD, Grand Lyon métropole  
Tendances Prospectives – Société, janvier  
2018. 30 p.

Le rôle primordial de l'environnement dans la santé humaine n'est pas une découverte récente. La Fondation pour la Nature et l'Homme remarque par exemple que dans son ouvrage sur l'art médical, «Hippocrate ne jugeait pas d'une partie du corps sans connaître le tout, lui-même indissociable de son milieu. » L'environnement et la prévention, qui étaient au coeur des préoccupations de l'hygiénisme de la fin du XIXe siècle, sont passés au second rang des enjeux de santé publique au XXe siècle. Il faudra véritablement attendre les années 1960 pour que la question environnementale réapparaisse comme un élément clé de la santé.

Cette étude met en avant 10 tendances d'avenir après avoir décryptés les enjeux de santé liés à l'environnement.

### ▪ Espaces Verts Urbains : Un plaidoyer pour agir.

Réseau français des villes-santé de l'OMS,  
2017. 24 p.

De nombreuses inter-relations existent entre santé et espaces verts urbains. Cet ouvrage, publié originellement en anglais par l'OMS propose savoirs et méthodes pour promouvoir la santé et réduire les inégalités sociales de santé, via la création ou l'aménagement des espaces verts urbains.

### ▪ Santé environnementale – Le pouvoir des villes

Actes de la 16e journée nationale d'étude de l'association "Élus, santé publique & territoires" du 27 novembre 2015.

ESPT, 2016. 190 p.

Les conditions environnementales ont une importance croissante sur la santé humaine et comme facteur explicatif de l'épidémie mondiale de maladies chroniques. Nous avons vu, ainsi, qu'à l'échelle d'une ville ou d'une intercommunalité, il est possible d'identifier les leviers d'actions disponibles et de les mettre en œuvre au service de la santé de tous. L'objectif de cette Journée était de présenter, du point de vue d'une collectivité locale, les enjeux politiques ainsi que

les controverses que pose la prise en compte des facteurs environnementaux dans l'élaboration d'une politique locale de santé.

Cette journée a permis :

- De partager des connaissances scientifiques : Les acquis et connaissances actuels sont nombreux et suffisamment partagés à l'échelle mondiale pour savoir et agir.

- De mettre en évidence l'implication nécessaire de la population : Pour des projets réussis cette participation est primordiale pour prendre en compte le gradient social qui concerne tout un chacun et dans lequel se distribuent les inégalités sociales de santé (évitables et injustes).

- D'illustrer l'engagement de nombreuses villes et de leur capacité à peser, par l'ensemble de leurs politiques, en faveur d'une santé environnementale juste et équitable.

### ▪ Justice environnementale et santé publique: publics, milieux et territoires urbains.

Cyrille Harpet

Mémoire d'Habilitation à Diriger des Recherches : soutenu le 5 avril 2016, université Lyon 3-Jean Moulin, école doctorale ED 483 Sciences sociales. 200 p.

Quelles sont les conditions pour instaurer une justice environnementale sur les territoires? Au regard de la société du risque, et des risques en santé-environnement en particulier, quels publics sont concernés? Quels sont les milieux impactés? Comment les acteurs peuvent-ils engager des politiques publiques de réduction contre les inégalités sociales en santé environnement sur les territoires? [...]

## *Travaux en cours*

### ▪ **Espaces verts et santé - Le projet Greenh-City**

#### **GREENH – City : Gouvernance pour l'Équité, l'Environnement et la Santé dans la Cité**

EHESP – CRAPE CNRS UMR 6051, Institut de Santé globale / Université de Genève, Réseau Villes Santé OMS, LADYSS

Vouloir agir sur les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) appelle à agir sur un ensemble de déterminants qui modèlent les conditions de vie quotidiennes des populations, dont le cadre de vie et l'environnement physique sont des composantes essentielles. Les politiques publiques sont une composante clé de ces déterminants. L'OMS préconise à ce titre de développer une gouvernance intersectorielle pour agir sur les déterminants des inégalités sociales de santé, en introduisant une réflexion sur la santé dans toutes les politiques. Ce projet de recherche interventionnelle pluridisciplinaire (santé publique, géographie de la santé, sociologie, sciences de l'environnement, sciences politiques) se base sur l'étude des systèmes de gouvernance municipale et la prise en compte de l'équité en santé dans les interventions relatives aux espaces verts et paysages, lesquels constituent des déterminants des inégalités de santé en milieu urbain. L'objectif est d'identifier quels types de politiques locales et de gouvernance en matière de prévention-santé et d'espaces verts dans quels types de contextes socio-urbains, sont plutôt favorables à la réduction des inégalités. Le projet de recherche porte sur 6 villes sélectionnées au sein des villes membres du Réseau Français des Villes Santé de l'OMS.

*Les résultats et recommandations issues de ce projet de recherche feront l'objet, en 2019, d'une restitution aux villes au travers d'un ouvrage et d'un colloque national.*

## 2- Offre de soins

### Organisation du système de soins

#### ▪ Les chiffres clés de l'offre de soins.

Direction générale de l'offre de soins (DGOS), février 2018. 24 p.

L'édition 2018 des chiffres clés dresse un panorama large mais précis de l'offre de soins en France, de ses professionnels, de ses composantes hospitalières et ambulatoires, de son activité, de son financement et de sa modernisation. Le document s'articule autour de 6 grandes thématiques : le secteur hospitalier, l'activité hospitalière, le secteur de ville, les professionnels de santé, le financement des établissements de santé, l'accès aux soins, la modernisation et l'innovation.

#### ▪ Mesurer la précarité des territoires pour mieux compenser les établissements de santé.

Mission Etalab

Data-story #3, mars 2018.

La Mission Etalab recueille des témoignages de réutilisation d'open data.

Pour le troisième témoignage de la série #datastories, rencontre avec la société Veltys, une entreprise de conseil qui utilise l'open data pour accompagner l'Agence régionale de santé (ARS) d'Île de France, afin de mieux comprendre les situations de précarité sur le territoire et de disposer d'une méthodologie innovante de compensation financière des effets de la précarité pour les établissements franciliens.

#### ▪ Le Groupement hospitalier de territoire (GHT) : dossier documentaire.

Service documentation EHESP, Catherine Calvez

EHESP, janvier 2018. 30 p.

Ensemble de références juridiques et bibliographiques illustrant et commentant la mise en place des groupements hospitaliers de territoire.

#### ▪ Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé.

L. Cohen ; C. Génisson ; R-P. Savary.

Sénat - Commission des affaires sociales. Rapport n° 685. 07/2017. 109 p.

Services structurants pour les établissements de santé, les services d'urgences font face à des difficultés croissantes : la très forte dynamique du nombre annuel de passages et l'évolution rapide des missions de facto assumées, notamment, posent la question de la soutenabilité à moyen terme de notre modèle de prise en charge de l'urgence et du soin non programmé.

La résolution de ces difficultés doit avant tout passer par un changement de perspective : les services d'urgence doivent être regardés non comme un point d'entrée défaillant dans le système de soins, mais comme un miroir grossissant des dysfonctionnements de l'ensemble de notre système de santé. Leurs difficultés résultent en effet moins de leur organisation propre que de leur positionnement original, au confluent des carences de la médecine de ville et de la permanence des soins ambulatoires en amont, et des rigidités hospitalières en aval.

Une approche de terrain de ces questions a été privilégiée pour formuler vingt propositions concrètes, ancrées dans l'exercice quotidien des personnels, dans la perspective d'une mise en oeuvre à court terme. Ces propositions pragmatiques insistent en particulier sur le caractère crucial des solutions d'aval.

Tout doit être entrepris pour préserver la qualité du service public des urgences français, qui a fait jusqu'ici preuve d'une grande résilience pour continuer d'assurer une prise en charge de pointe en dépit de ces défis majeurs.

#### ▪ Accès aux soins : promouvoir l'innovation en santé dans les territoires.

Sénat ; Jean-Noël Cardoux ; Yves Daudigny.

Rapport d'information, n° 686, juillet 2017. 42 p.

La France ne manque pas de professionnels de santé mais leur répartition sur le territoire est très inégale. La question de l'accès géographique aux soins cristallise parfois un sentiment d'abandon d'une partie des concitoyens et des élus. Elle est surtout le symptôme de fragilités territoriales dont

les enjeux dépassent la politique de santé et appellent une réponse cohérente des différentes politiques publiques. Pour les rapporteurs, il est nécessaire de bâtir des réponses concertées avec les acteurs de terrain pour agir plus efficacement.

#### ▪ **L'Hôpital & le territoire. De la coordination aux GHT : une histoire pour le temps présent.**

Emmanuel Vigneron

Préface du Pr Claude Jaffiol, président de l'Académie nationale de médecine SPH éditions, Paris, mai 2017. 296 p.

L'idée selon laquelle la santé aurait quelque chose à voir avec le territoire semble récente, présentée comme « neuve » dans tous les textes de loi depuis une quinzaine d'années. C'est en réalité une idée ancienne, aux origines même de la médecine occidentale, mais elle a connu un long effacement. Pour comprendre pourquoi l'hôpital et le territoire se sont si longtemps ignorés et pour essayer de faire en sorte que leur union d'aujourd'hui soit durable et féconde, il faut revenir à toutes les évolutions, de l'hôpital médiéval aux CHU d'aujourd'hui, car ce sont elles qui ont décidé des missions originelles confiées à l'hôpital et de leurs mutations.

À partir d'un essai de mise en perspective historique des fonctions hospitalières, l'auteur amène à comprendre les raisons d'une longue séparation entre l'hôpital et le territoire, et celles de leur union actuelle. La régionalisation des politiques de santé, tardive et inachevée en matière hospitalière, la notion de « secteur sanitaire » ou, aujourd'hui, de « territoire de santé », la question de la délimitation des groupements hospitaliers de territoire (GHT) et des solutions concrètes pour la reconnaissance des territoires de ces GHT sont également examinées. Aujourd'hui, la question territoriale est une chance à saisir pour l'hôpital et pour la santé publique.

*Sommaire détaillé et interview d'E. Vigneron*

#### ▪ **Groupements hospitaliers de territoire (GHT) et santé publique.**

Haut Conseil de la santé publique, mars 2017. 52 p

Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) prévus par la loi de modernisation de notre système de santé constituent une innovation organisationnelle importante. Le Haut Conseil de la santé publique propose, dans le cadre d'une autosaisine, treize recommandations opérationnelles pour développer l'approche de santé publique au sens de la santé des populations

et de la prise en compte de ses besoins sur un territoire.

Ces recommandations s'appuient sur trois principes généraux :

- contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population du territoire et aux réponses à ses besoins en santé ;
- impliquer les autres acteurs du territoire, médecine libérale, secteur hospitalier privé, monde associatif ou collectivités locales ;
- développer l'évaluation des besoins de santé de la population et des actions mises en place.

Les recommandations conçues selon une logique opérationnelle (diagnostic, actions, pilotage) s'adressent aux agences régionales de santé, aux établissements regroupés en GHT et aux structures en charge du pilotage national des GHT. Par exemple, les ARS doivent inciter les établissements publics regroupés en GHT à contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population du territoire couvert par le GHT en pilotant un diagnostic territorial de santé, en établissant pour chaque territoire un tableau de bord d'indicateurs territorialisés, en impulsant une offre de formation accompagnant le développement du volet santé publique des GHT. Les GHT doivent développer des prises en charge pluriprofessionnelles avec les partenaires du secteur d'hospitalisation privée et de la médecine de ville et prendre en compte les inégalités sociales de santé. Les GHT doivent développer des compétences en santé publique autour des DIM de territoire en lien avec les CHU.

#### ▪ **Atlas de la démographie médicale en France.**

**Profils comparés : 2007/2017. Les territoires au cœur de la réflexion. Situation au 1<sup>er</sup> janvier 2017.**

Conseil national de l'ordre des médecins. 2017. 323 p.

Le premier atlas de la démographie médicale publié par le CNOM a 10 ans. Cet anniversaire décennal est l'occasion d'étudier les mouvements de la démographie médicale sur la période écoulée et ainsi de discerner les principales tendances de l'exercice médical, dans ses déclinaisons selon les spécialités, le mode d'exercice (libéral, salarié, ou mixte) et selon différentes approches territoriales.

#### ▪ **Etudes économiques de l'OCDE.**

**Chapitre 2. Améliorer l'efficacité du système de santé**

OCDE

Etudes économiques de l'OCDE, 2017/18 (n° 18), p. 111-159.

Le système de santé français offre des soins de haute qualité. Les résultats moyens sur le plan de la santé sont bons, le public est très satisfait du système de santé et les restes à charge sont en moyenne faibles. Cependant, le développement de mécanismes de rémunération à la capitation qui permettent d'avoir moins d'incitations à multiplier les actes et d'encourager les professionnels de santé à s'occuper plus longtemps des patients, tout comme les paiements en fonction des résultats dans les soins primaires doivent être renforcés afin de faire face à la prévalence croissante des maladies chroniques et de réduire la demande induite par l'offre et les disparités sociales en terme d'accès aux soins.

#### ▪ Les systèmes de santé dans le monde.

Les Tribunes de la santé 2016/2 (n° 51). 120 pages.

Au moment où le système de santé français est confronté à des défis considérables, liés notamment à l'expansion des maladies chroniques, à l'émergence de risques sanitaires inédits, à l'essor de nouvelles médecines, au développement de l'e-santé et à des contraintes économiques considérables, l'expérience des autres pays comme les enjeux de la santé globale constituent des champs de connaissance et d'analyse aussi précieux que complexes.

#### ▪ Installation des jeunes médecins généralistes dans les territoires.

CGET ; JERBER Maud ; LE GUYADER Sylviane ; HUREL Karine

En Bref, n° 4, 9/2015. 4 p. [document mis à jour en mai 2016]

Depuis une dizaine d'années, de nombreux travaux ont mis en exergue l'inégale répartition de l'offre de médecine générale libérale sur les territoires et l'aggravation des disparités. La lutte contre les « déserts médicaux » constitue une priorité pour le gouvernement. Cette étude sur l'installation des jeunes médecins généralistes dans les territoires identifie les facteurs d'attractivité pour ces praticiens qui souhaitent, aujourd'hui, concilier carrière professionnelle et épanouissement personnel dans un cadre de vie de qualité. Elle a également permis d'identifier des leviers d'action pour favoriser leur installation et de recueillir des exemples de bonnes pratiques menées localement.

#### ▪ Les Centres de Santé - une géographie rétro-prospective. Pour un accès aux soins partout et pour tous.

Emmanuel Vigneron, FEHAP. Novembre 2014. 249 p.

A l'heure où se dessine la loi de santé, une étude inédite sur les centres de santé, réalisée en collaboration par la FEHAP et la Nouvelle Fabrique des territoires, met en lumière les défis auxquels les centres de santé peuvent répondre en France en fonction des caractéristiques propres à leur implantation territoriale

### A paraître en 2018

#### Les maisons de santé et les centres de santé pluri-professionnels : des soins de qualité, partout et pour tous.

CGET, Maud Gallay

En Bref, 2018

Le ministère des Solidarités et de la santé estime que plus de 8% de la population vit dans une zone sous-dense en médecins généralistes. Pour répondre à cet enjeu, le gouvernement a présenté sa feuille de route en octobre 2017. Parmi les mesures mises en avant, le soutien à l'exercice coordonné figure en bonne place. De plus en plus plébiscité par les professionnels de santé, cette pratique est en plein développement. Les chiffres en ce domaine sont encourageants. En effet, les résultats intermédiaires d'une évaluation conduite par le Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET) montrent que le territoire français compte désormais plus de 1350 maisons et centres de santé pluri-professionnels en activité et que de nombreux projets sont en gestation.

## Gouvernance locale

### ▪ Les régions veillent à leur santé.

Régions magazine, n° 141. Février 2018. pp. 31-78.

La lutte contre la désertification médicale figure au premier rang de leurs préoccupations, mais les régions n'ont cessé ces quinze dernières années d'accroître leur champ d'intervention dans d'autres domaines de la santé. Interview de la ministre de la Santé, Agnès Buzyn, qui revient sur le plan "Renforcer l'accès territorial aux soins" ; interview de Françoise Jeanson, présidente de la Commission santé à Régions de France ; focus sur les initiatives en régions (aide à l'installation des médecins, le point sur les maisons de Santé / maisons médicales avec plusieurs exemples analysés ; le regroupement de praticiens, la télémédecine, ...)

### ▪ Un guide pour l'action des villes en santé : promouvoir le dépistage organisé du cancer du sein et réduire les inégalités socio-territoriales de santé.

Julia Bardes ; Universités de Paris Nanterre ; LADYSS ; ARS IDF ; association ESPT. 2017. 16 p.

Depuis 2004, la France a mis en place un dépistage organisé du cancer du sein (DOCS) afin de permettre à toutes les femmes de 50 à 74 ans d'accéder à une prise en charge précoce et de qualité. Douze ans plus tard, ce programme ne bénéficie qu'à la moitié des femmes concernées. Au DO s'ajoute un dépistage individuel (DI), prescrit par le médecin et estimé à 10-15 %. Au total, le taux de dépistage reste bien en deçà de l'objectif national de 80% fixé par les autorités sanitaires pour permettre une diminution significative de la mortalité par cancer du sein. En dépit d'un dispositif national, assurant la gratuité de l'examen, d'importantes inégalités sociales et territoriales subsistent dans la participation au dépistage. Entre 2010 et 2015, 50 diagnostics locaux ont été réalisés en Île-de-France pour identifier finement les quartiers de faible / forte participation au DOCS et comprendre ce qui localement freine ou favorise l'accès au dépistage. Le présent guide pour accompagner les actions de promotion du dépistage est issu de la synthèse de ces différents diagnostics. Il vise à aider les acteurs et les décideurs à choisir « où et comment » agir, en fonction du contexte local.

### ▪ Santé mentale et politique de la ville : enjeux et leviers.

Actes de la journée du 9 novembre 2017, à Amiens, organisée par l'IREV hauts-de-France, La Fabrique Territoires Santé et le Centre National de ressources et d'appuis aux CLSM – CCOMS. Novembre 2017. 26 p.

### ▪ Territorialisation sanitaire et décentralisation : état des lieux et enjeux à partir du cas français.

Eliot Emmanuel ; Lucas-Gabrielli Véronique ; Mangeney Catherine  
Revue Francophone sur la santé et les territoires, n°6/2017. 11 p.

Ces dernières décennies, les transformations des systèmes de santé dans le monde se traduisent par des processus de territorialisation, sous-tendus par trois tendances principales : la régulation financière, le développement des partenariats et le transfert des compétences. Dans ce papier, nous resituons tout d'abord le processus de territorialisation dans le cadre plus général des questions de décentralisation, de gouvernance et de gouvernement. En se focalisant sur le cas français, nous analysons ensuite l'articulation entre la décentralisation dite fonctionnelle en santé et les processus plus généraux de décentralisation des institutions. Pour conclure, nous questionnons les enjeux opérationnels et organisationnels qui en découlent.

### ▪ Les attentes d'usagers d'un quartier prioritaire en termes de santé : une enquête qualitative.

Allory Emmanuel, Banâtre Agnès, Bourbonnois Eléonore *et al.*  
Santé Publique, 2017/4 (Vol. 29), p. 535-545

La loi du 4 mars 2002 instaure la démocratie sanitaire et ancre l'usager comme véritable partenaire et acteur dans le système de santé. Cette posture de l'usager doit être particulièrement considérée dans les quartiers prioritaires de la ville (QPV), dans l'objectif de réduire les inégalités sociales de santé. En soins primaires, les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) semblent être des lieux privilégiés de l'expression de cette parole de l'usager.

Le recueil des attentes des usagers permet de développer les premiers éléments d'une démocratie sanitaire en soins primaires où l'accès aux soins est une préoccupation majeure. Les nouveaux projets de la MSP devront tenir compte



de ces attentes des usagers. La création de comités d'usagers pourrait permettre une véritable prise en compte de la parole d'usagers-citoyens.

#### ▪ **La santé dans les grandes métropoles.**

Bernard Jomier, Lucas Surel

Les Tribunes de la santé – revue Sciences Po, n°56, 2017/3. pp 29-34

Les grandes métropoles ont d'excellentes raisons de s'intéresser aux problématiques de santé. La réalité concrète du fait urbain et métropolitain, caractérisé notamment par une grande complexité et de multiples inégalités sociales, territoriales et environnementales, renferme aujourd'hui les principales marges de progression pour la santé de leurs habitants et de bien d'autres. Ce rôle croissant des villes et grandes métropoles, en la matière, amène logiquement un bouleversement aussi profond que progressif dans la hiérarchie des acteurs assurant sa production et sa protection.

> voir le sommaire du dossier « **La ville et la santé** »

Les Tribunes de la santé, n°56 - 2017/3, nov. 2017. 120 pages.

#### ▪ **Quelle prise en compte de la santé dans les politiques de Bordeaux Métropole ?**

Rapport d'étude de l'A'URBA, août 2016. 226 p.

L'étude a pour objectif d'analyser la prise en compte de la santé dans les politiques sectorielles de Bordeaux Métropole, via une approche par les déterminants de la santé.

Elle vise en outre, à proposer des pistes « d'amplification » de l'enjeu « santé » dans les politiques métropolitaines, en complémentarité avec les politiques communales.

L'analyse croisée de la prise en compte de la santé aux échelons métropolitain et communal a permis, au-delà de la stricte approche par déterminants, de préciser des complémentarités entre ces échelons. Si les communes paraissent légitimes sur plusieurs « entrées » (leurs compétences historiques, la dimension sociale, le contact avec les citoyens, la valorisation des spécificités locales), des coopérations intercommunales et infra-métropolitaines semblent s'imposer, tandis que la métropole garde un rôle indispensable pour une vision d'ensemble et une plus grande force de frappe sur des compétences croissantes

#### ▪ **Les démarches Ateliers santé ville : la promotion de la santé à l'œuvre dans les territoires.**

Motard Clémentine, Tessier Stéphane

Santé Publique, 2016/6 (Vol. 28), p. 729-733.

La démarche Atelier santé ville (Asv), fondée en 2000 à l'interface entre la politique de la ville et la santé publique, se déploie aujourd'hui sur plus de 250 territoires. Après quinze années de développement, il est apparu utile de capitaliser les expériences et d'analyser leurs effets.

Cette capitalisation de leurs expériences a permis de tirer les principaux enseignements de la mise en œuvre de la démarche Asv et d'identifier les « bonnes pratiques » mises en œuvre dans les projets, dans une perspective de valorisation et de diffusion des savoirs. Les principales retombées observées sont la mise en mouvement des acteurs du territoire, la mobilisation d'une pluralité d'acteurs et la remontée des besoins des habitants auprès des décideurs et élus. Globalement, la promotion de la santé irrigue les expériences recueillies : les Asv déclinent une démarche inspirée et guidée par les cinq axes de la Charte d'Ottawa.

Par ailleurs, la majorité des Contrats Locaux de Santé et Conseils locaux de santé mentale se sont greffés sur un Asv préexistant, marqueur indiquant l'efficacité mobilisatrice de la démarche.

#### ▪ **L'offre de soins dans les petites villes : dans la difficulté, les maires innovent.**

APVF, février 2016. 19 p.

L'APVF a choisi de mener une enquête qualitative et quantitative sur la situation de l'offre de soins dans les petites villes. Elle dresse un bilan de leur situation et des initiatives qui sont mises en place pour répondre aux différents enjeux.

L'étude révèle une fragilisation de l'offre de soins dans les petites villes qui se manifeste par plusieurs phénomènes : disponibilité des soins insuffisante, particulièrement dans le domaine de la médecine spécialisée, vieillissement des praticiens qui touche la médecine générale et spécialisée et difficulté de ces praticiens à trouver des remplaçants. Toutefois, l'APVF a pu constater une forte mobilisation des élus afin de répondre localement à ces différents enjeux. A ce titre, la mise en place de structures pour faciliter l'exercice en commun de la médecine, comme les centres de santé et les maisons de santé pluridisciplinaires, constitue l'une des solutions privilégiées mises en place par les élus, et ce malgré un coût parfois important pour la collectivité.

▪ **La fabrication d'un contrat local de santé « expérimental ». Négociations et compromis sous tensions.**

Haschar-Noé Nadine, Salaméro Émilie  
Sciences sociales et santé, 2016/2 (Vol. 34), p. 81-105.

La recherche présentée se focalise sur les étapes de fabrication d'un Contrat local de santé entre l'Agence régionale de santé et des collectivités territoriales en région Midi-Pyrénées (France). À partir d'une socio-ethnographie de l'action publique *en train de se faire*, sont analysés les jeux d'acteurs, les tensions et les modalités de négociations qui rythment *chemin faisant* la construction des accords et compromis entre les différents signataires. Nous montrons que cet instrument contractuel constitue un terreau de tensions et de résistances, de négociations et de compromis sur de nombreux points : tant sur le diagnostic sanitaire du territoire et la pertinence du périmètre choisi que sur ses contenus et ses modalités de gouvernance territoriale.

**A paraître en 2018**

**La territorialisation des conseils locaux de santé mentale, en particulier dans le cadre des contrats de ville.**

CGET, BRE Clémence, DEMANGECLAUDE Kévin, PICARD Floriane  
*En Bref*, 2018

Le Plan national de santé publique vient d'inscrire un renforcement de l'information en santé mentale et la prévention des souffrances psychiques dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville. Ce numéro *En Bref* permettra de donner un éclairage quantitatif et qualitatif sur la mise en œuvre dans les territoires de l'instruction interministérielle DGS/CGET du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale, en particulier dans le cadre des contrats de ville.

Début 2018, 143 CLSM sont déjà actifs sur le territoire d'un contrat de ville.

## Accessibilité territoriale des soins

### ▪ Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?

Drees ; Vergier Noémie ; Chaput Hélène  
Dossiers de la Drees (Les), n°17, 2017. 63 p.

Les vifs débats actuels sur l'accès aux soins, cristallisés autour de la notion de « déserts médicaux », posent une question centrale de mesure et de définition de termes communs. Ce dossier rassemble les éléments chiffrés disponibles et vise à poser quelques jalons dans la recherche de définitions partagées rendant possible l'objectivation.

### ▪ Les déserts médicaux.

CESE ; Castaigne Sylvie ; Lasnier Yann  
Rapport n°27, 12/2017. 66 p.

Les déserts médicaux concernent déjà au moins 8 % de la population mais s'étendent rapidement en raison du décalage croissant entre, d'une part, la demande de soins induite par le vieillissement de la population et la chronicisation des pathologies et, d'autre part, une offre de soins par endroits lacunaire. En réalisant une veille des pétitions citoyennes en ligne, le CESE avait repéré la gravité de ce sujet désormais central dans le débat public. Le 14 septembre 2017, pour la première fois, 3 porteurs de pétitions en ligne ont ainsi été auditionnés par la commission. En venant compléter le plan « Renforcer l'accès territorial aux soins » présenté le 13 octobre 2017 par la ministre de la santé, les 10 préconisations ici présentées contiennent des mesures à effet immédiat mais aussi des mesures de moyen et long terme de nature à améliorer structurellement le parcours de soins.

### ▪ Renforcer l'accès territorial aux soins.

#### Dossier de presse du plan de lutte contre les déserts médicaux.

Ministère des solidarités et de la santé, Drees,  
Octobre 2017. 18 p.

L'objectif est de construire des projets de santé adaptés aux besoins des territoires. Chaque territoire est différent. En ville, en périphérie ou à la campagne, sur une île ou en montagne, la prise en charge des problèmes de santé peut varier. La démarche pour l'égal accès aux soins vise à ce que chaque territoire dispose d'un projet de santé adapté et sur-mesure.

Ce projet de santé territorial propose des solutions aux problématiques identifiées par les patients, mais aussi par les élus et les professionnels de santé. Il sera construit et mis en œuvre avec les agences régionales de santé (ARS) et leurs partenaires institutionnels régionaux.

Chaque professionnel de santé exerçant dans un territoire ou souhaitant s'y installer pourra élaborer son propre projet professionnel et mieux l'articuler avec sa vie privée. Il pourra évoluer dans sa carrière professionnelle grâce à la mise en place d'un guichet unique qui l'informerait, l'aiderait et l'accompagnerait dans ses démarches administratives.

### Zoom sur les initiatives territoriales exemplaires

Dans le cadre de la définition du plan d'accès aux soins, le comité national de suivi a effectué un repérage des initiatives territoriales inspirantes. Ces bonnes pratiques locales en matière de lutte contre la pénurie d'offres de soins sont à découvrir sur le site à partir d'une carte de France cliquable

### ▪ Santé : des territoires abandonnés.

Le Monde – Les décodeurs, 13 octobre 2017.

Sources : Emmanuel Vigneron, Université Montpellier III ; Ordre national des médecins ; Centre National de Gestion ; DREES ; JALMA ; ACCURAY

« De vastes pans de la France sont en voie de désertification », selon le géographe de la santé Emmanuel Vigneron, alors que parallèlement, l'offre de soins dans les métropoles « se renforce et se densifie ».

Ensemble de cartes et graphiques pour illustrer l'inégale répartition de l'offre de soins et les fortes inégalités face à la maladie en France.

### ▪ Les parcours de santé : quelle réalité sur les territoires ?

#### Actes des rencontres nationales des ASV et projets territoriaux de santé du 1er juin 2017 à Lyon.

Fabrique Territoires Santé, Février 2018. 121 p.

Alors que le parcours de santé s'attache à pallier les ruptures organisationnelles du médico-social, qu'en est-il sur les territoires, tant pour les acteurs de terrain que pour les habitants ? Dans les quartiers où les difficultés sociales amplifient les problèmes de santé, comment prendre en compte

les ruptures sociales dans les parcours de santé ? Plus encore, les difficultés médico-sociales des personnes se cumulent sur certains territoires avec des problématiques telles que le difficile accès aux droits ou aux services publics et le déficit de l'offre de premier recours, pivot du parcours. Comment le territoire peut-il alors mobiliser des ressources pour rendre effectif les parcours de santé des personnes ?

### ▪ **Territoires du Val-de-Marne et inégalités de recours au dépistage du cancer du col de l'utérus.**

#### - Résultats des diagnostics de territoires

Université Paris Nanterre, Master "Territoires, Villes et Santé". Projets tutorés, 2017-2018.

Les travaux réalisés dans le cadre du master « Territoires, Villes et Santé » permettent de repérer les déterminants sociaux et territoriaux de l'inégal accès au dépistage du cancer du col de l'utérus en Ile-de-France. Analysés sur la période 2014-2017, les taux de recours aux frottis de dépistage des femmes âgées de 25 à 65 ans (figure 1) varient fortement et opposent l'est du département, marqué par de meilleurs taux de recours, et l'ouest du département caractérisé par des taux de recours plus faibles. Renvoyant pour partie aux fractures socio-spatiales observées au sein de ce département, cette opposition ne peut se réduire aux déterminants socio-économiques ou à l'inégale distribution des soins (figure 2). Les analyses menées dans 5 villes de ce département (Fontenay-sous-bois, Champigny-sur-Marne, Vitry-sur-Seine, Ivry-sur-Seine et Alfortville) ont orienté la réflexion sur l'importance de la dynamique associative et des réseaux de sociabilité au sein de chaque quartier, les stratégies de communication plus variées devant être développées. Ils soulignent également une déclinaison variée des leviers et des modalités d'actions au sein de chaque quartier.

Les diaporamas de synthèse de ces travaux sont disponibles en ligne :

### ▪ **Handicap dans les territoires fragiles : accéder à ses droits, plus facilement**

CGET ; Lenoir Eric ; Mas Stéphanie ; Toutin Gilles ; Otavalo Andrea ; et al.

En Bref, n° 42, 9/2017. 4 p.

Les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) et certaines zones rurales accueillent plus souvent que d'autres territoires des personnes en situation de handicap, également exposées à des difficultés d'accès aux droits. Dans le cadre de la politique nationale faisant du handicap une priorité

de l'action gouvernementale, le Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET) s'implique, aux côtés de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), pour faciliter l'accès aux droits et l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Tandis qu'en zones rurales des partenariats se développent entre les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et les Maisons de services au public (MSAP), ils restent, pour une large part, à construire dans les QPV.

### ▪ **Optimiser l'accès aux ressources sur les territoires dans un contexte contraint. Exemple des services de soins pour jeunes handicapés**

Sophie Bourgarel, Amélie Etchegaray et Hubert Mazurek

Cybergeo : European Journal of Geography [En ligne], Systèmes, Modélisation, Géostatistiques, document 804, mis en ligne le 11 janvier 2017

L'implantation géographique des services à domicile pour enfants et adolescents handicapés (Sessad) en région Provence-Alpes-Côte d'Azur semble en accord avec les besoins d'accompagnement : 93% des enfants accompagnés vivent à moins de 30 minutes d'un Sessad. Cependant seuls 69% des enfants sont accompagnés par un service implanté à moins de 30 minutes de leur domicile. L'analyse des déplacements, au moyen d'une modélisation par SIG, a permis de proposer une optimisation des relations enfants – Sessad, au moyen de plusieurs scénarios. De nouvelles affectations ont été proposées pour les enfants en fonction de leurs lieux de résidence et de nouvelles implantations pour les zones repérées comme dépourvues de service. Il est possible alors d'améliorer l'accès aux services, afin de dégager plus de temps éducatif ou thérapeutique.

### ▪ **Pratiques spatiales d'accès aux soins.**

Lucas-Gabrielli V., Pierre A., Com-Ruelle L., Coldefy M.

Irdes, Rapport n°564, octobre 2016. 98 pages.

La question traitée ici est celle de l'accès effectif des patients aux soins qu'ils consomment. L'objectif est de comprendre ce qui conduit le patient à consulter un médecin (généraliste ou spécialiste) ou à choisir un établissement de santé plus éloigné que celui correspondant à l'offre disponible la plus proche de son lieu de résidence. Pour ce faire, ont été analysées les consommations

de soins lorsque le patient se déplace, en ville comme à l'hôpital de court séjour.

Sur le champ de l'ambulatoire comme celui de l'hospitalisation en court séjour, l'analyse met en évidence comment le contexte influence le choix du patient et comment les caractéristiques individuelles des patients interfèrent dans cette relation. Globalement, une faible disponibilité de l'offre de soins conduit les patients à plus souvent se déplacer, réduit leur possibilité de choisir librement un professionnel de santé et pose la question du lien entre accessibilité financière et territoriale à l'offre de soins.

#### ▪ **Bilan du plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural 2010-2013.**

CGET, Chevillard G., Jerber M., 2016. 82 p.

Le plan de lutte contre la désertification médicale a permis d'ouvrir 303 maisons de santé pluriprofessionnelles, cofinancées par le CGET. Aujourd'hui, on compte plus de 800 maisons de santé en activité.

Les maisons de santé ouvertes dans le cadre du plan se situent principalement en Rhône-Alpes, Bourgogne, Bretagne, Midi-Pyrénées, Franche-Comté, Pays-de-la-Loire et Centre. 90 % d'entre elles se trouvent dans des espaces moyennement ou faiblement attractifs pour les jeunes médecins généralistes libéraux. Dans leur très grande majorité, elles sont implantées dans des communes de moins de 5 000 habitants, et 55 % dans des communes rurales de moins de 2 000 habitants. 83 % des maisons de santé concernent des espaces où l'offre de soins doit être confortée. L'état des lieux montre aussi que les communes équipées de maisons de santé pluriprofessionnelles dans le cadre du plan sont souvent concernées par d'autres dispositifs pilotés par le CGET : quatre communes ayant bénéficié de ce plan font aussi parties des 54 lauréates de l'appel à manifestation d'intérêt « centres bourgs » de 2014 ; 49 % des communes avec des maisons de santé sont également classées en zone de revitalisation rurale.

#### ▪ **Accès aux soins en France : la fracture sanitaire s'aggrave.**

UFC Que Choisir, 6/2016. 33 p.

Principal enseignement de cette étude : l'aggravation de la fracture sanitaire est manifeste. Jusqu'au tiers des Français a aujourd'hui des difficultés d'accès géographique aux spécialités étudiées (pédiatres, gynécologues, ophtalmologistes), et un quart aux médecins généralistes.

La première cause est géographique. Malgré la multiplication des mesures de « saupoudrage incitatif » à destination des médecins, la répartition géographique des professionnels de santé s'est dégradée. En quatre ans, 27 % des Français ont vu leur accès géographique aux généralistes reculer, et jusqu'à 59 % pour les gynécologues.

La deuxième cause, cumulative, est tarifaire : les dépassements d'honoraires ont continué à croître depuis 2012. Alors que l'inflation sur la période n'a pas été supérieure à 1 %, le tarif moyen d'une consultation a progressé de 3,2 % chez les généralistes, de 3,5 % chez les ophtalmologistes, de 5 % pour les gynécologues, et même de 8 % pour les pédiatres !

#### ▪ **L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France.**

>Tome 1 - Résultats de l'enquête Handicap-Santé volet Ménages

Lengagne P., Penneau A., Pichetti S., Sermet C.

>Tome 2 - Résultats de l'enquête Handicap-Santé volet Institutions

Penneau A., Pichetti S., Sermet C.

Irdes, Rapports n°560 et 561, juin 2015. 130 p. + 148 p.

Même si des progrès ont été faits en matière d'égalité des droits et des chances des personnes en situation de handicap (cf. loi du 11 février 2005), la question de leur accès aux soins courants et à la prévention demeure d'actualité. Le manque de données permettant d'identifier et de caractériser cette population ainsi que de mesurer son recours aux soins dans les enquêtes santé en population générale participait d'expliquer le peu d'études françaises sur le sujet. Les enquêtes Handicap-Santé Ménages et Institutions, réalisées par la Drees et l'Insee en 2008-2009, ont en partie comblé ce manque livrant des informations sur le type, la gravité ou la reconnaissance administrative du handicap.

Mais si, jusqu'à présent, les études existantes traitaient de problèmes spécifiques d'accès aux soins des personnes en situation de handicap, jamais encore elles n'avaient offert un panorama global de l'accès aux soins courants et de prévention de cette population. C'est le cas dans ce rapport réalisé à partir d'une même base de données et selon une méthodologie partagée pour tous les soins. Composé de deux tomes, l'un centré sur les ménages, l'autre sur les personnes handicapées résidant en institution, il concerne trois soins courants (les soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques) et quatre

actes de dépistage et de prévention (dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus, colorectal et vaccination contre l'hépatite B).

### **A paraître en 2018**

#### **Soins de santé de proximité : une accessibilité géographique globalement bonne dans les quartiers prioritaires**

CGET - ONPV, Sarah Audras-Marcy, Mathieu Gheno, Helga Mondésir . 2018

Les habitants des quartiers prioritaires bénéficient, globalement, d'une meilleure accessibilité géographique aux soins de proximité que ceux résidant dans les autres quartiers. La meilleure desserte de la population est assurée par les pharmacies, dont l'implantation est réglementée, puis par les médecins généralistes, les masseurs-kinésithérapeutes, les chirurgiens-dentistes et, enfin, les infirmiers. Cependant, ces résultats varient fortement d'un quartier à l'autre, selon leurs caractéristiques et leur éloignement du centre de l'agglomération. Dans près de cinquante QPV carencés, l'offre de soins de proximité est nettement dégradée, notamment en matière dentaire.

## 3- Urbanisme, aménagement du territoire et santé

### ■ Imaginer des politiques urbaines favorables à la santé.

Les Notes de l'ADEUS - Environnement, n°255, décembre 2017. 4 p.

Si l'urbanisme et la santé semblent en apparence être deux disciplines bien distinctes, les liens entre elles sont nombreux. Ces liens ne sont toutefois pas si simples à identifier et les politiques urbaines, comme les politiques de santé, ne sont pas toujours menées de front.

L'ADEUS a eu l'occasion au cours de l'année 2017 d'apporter sa contribution dans l'Évaluation d'impact sur la santé (EIS) menée dans le quartier du Port-du-Rhin par l'École des hautes études en santé publique (EHESP), à la demande de l'Eurométropole de Strasbourg.

L'agence a pu fournir des données de cadrage et des analyses sur les nuisances phoniques et la qualité de l'air, en lien avec l'extension de la ligne D. Elle a aussi fourni des analyses liées à l'accessibilité aux espaces verts et à la proximité des services de santé.

### ■ Urbanisme et santé. De l'observation à l'action.

Agence d'urbanisme de Caen Normandie Métropole (AUCAME)

Qu'en savons-nous ? n° 98 - Décembre 2017. 4 p.

L'appréhension des questions de santé dépasse aujourd'hui l'approche strictement biomédicale. En effet, le bien-être des populations est déterminé par des facteurs individuels, génétiques, culturels mais également contextuels et environnementaux. Ceux-ci interagissent de manière complexe. La ville comme cadre de vie et reflet du système socio-économique participe donc, favorablement ou non, à la santé des populations. Le bien-être physique, social et mental de ceux qui vivent en ville et la pratiquent est un des enjeux de la ville d'aujourd'hui et de demain. L'intégration de cet enjeu dans les politiques publiques de conception et de gestion de la ville est donc primordiale et s'articule avec les enjeux de la ville durable.

### ■ Évaluation d'impacts sur la santé (EIS) sur les documents de planification territoriale.

Haut Conseil de la santé publique, octobre 2017. 178 p

Dans le cadre du 3<sup>e</sup> plan national de Santé Environnement (PNSE 3, 2015-2019) le HCSP a été chargé de mener une réflexion sur la prise en compte de l'évaluation des impacts sur la santé (EIS) dans les documents de planification territoriale.

Les principaux constats concernant les liens entre les différents déterminants de la santé et leurs impacts sont exposés. Les moyens d'étude disponibles dans le cadre des documents de planification pour évaluer ces impacts sur la santé sont présentés. Les pratiques des différents acteurs sur le terrain en matière d'urbanisme et de santé sont intégrées à travers les retours d'expérience issus de nombreuses auditions.

Le HCSP formule plusieurs recommandations à destination des décideurs nationaux et locaux dans les politiques urbaines et environnementales.

### ■ Ville, urbanisme et santé - Interview d'Albert Lévy

Réalisé par Aurélien BOUTAUD

Millénaire3, novembre 2017.

Interview d'Albert Lévy, auteur de l'ouvrage *Ville, urbanisme et santé, les trois révolutions* (Editions Pascal, Paris (2012)). Dans cet entretien, il revient sur la nature et l'évolution des liens entre le développement urbain et santé et ainsi "de quelle manière l'urbanisme crée un environnement physique et social qui constitue un facteur de risque pour les populations."

### ■ Favoriser la santé des populations dans les projets de renouvellement urbain.

**Premières pistes pour inclure la santé dans le Nouveau Programme National de Renouvellement urbain - NPNRU**

ARS Ile-de-France, Profession banlieue. 2016. 16 p.

Synthèse des échanges organisés par Profession Banlieue, en partenariat avec l'Agence régionale de santé Île-de-France et la délégation territoriale de Seine-Saint-Denis, le 24 mars 2016 afin d'impulser une dynamique partenariale autour des enjeux de l'aménagement et de la santé. Aujourd'hui, seuls 38 % des Franciliens d'âge adulte ont un niveau d'activité physique considéré comme favorable à la santé. La signature récente des contrats de ville et le lancement prochain des conventions pluriannuelles de renouvellement urbain dans le cadre du Nouveau programme national de

renouvellement urbain (Npnr) doivent ainsi constituer des opportunités pour que les quartiers prioritaires bénéficient des avancées urbaines et environnementales et que soient mieux pris en compte les enjeux de santé publique.

Au débat : quels outils et principes pour faire émerger des environnements favorables à la pratique de l'activité physique dans les quartiers de la politique de la ville ? Quelles pistes pour renforcer le lien entre les acteurs du renouvellement urbain et de la santé dans le cadre de la politique de la ville ?

#### ▪ **Urbanisme et aménagements favorables à la santé**

INPES

La santé en action, n°434, Décembre 2015. pp.12-49

L'urbanisme et l'aménagement des territoires sont des déterminants majeurs de la santé des populations. Ce numéro rassemble une synthèse des connaissances scientifiques puis donne la parole aux acteurs de terrain. Ce sont eux qui conçoivent cet urbanisme pour qu'il participe au bien-être et à la qualité de vie des habitants. Réduire la pollution, faciliter la marche et toute autre activité physique, organiser des transports collectifs écologiques et accessibles à tous, penser un bâti agréable à vivre, réduire les inégalités, tels sont quelques-uns des grands enjeux traités dans ce dossier central.

#### ▪ **Agir pour un urbanisme favorable à la santé, concepts & outils. Guide.**

EHESP/DGS, ROUÉ-LE GALL Anne, LE GALL Judith, POTELON Jean-Luc et CUZIN Ysaline, 2014. 192 p.

Un groupe de travail multidisciplinaire regroupant des chercheurs et des professionnels du monde de la santé publique, de l'environnement et de l'urbanisme a été constitué en 2012. Les regards croisés de chacun ont permis de mener une large réflexion autour des enjeux de santé publique en milieu urbain et d'identifier des pistes pour agir pour un urbanisme favorable à la santé.



## 4- Innovations dans l'accès aux soins

### ▪ Rapport au Parlement relatif aux expérimentations en télémédecine -ETAPES

Direction générale de l'offre de soins (DGOS), 2018. 20 p.

Le programme ETAPES - Expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé - a pour objectif de développer les activités de télémédecine. Ce rapport retrace les apports du programme, il comprend des témoignages de professionnels impliqués, et esquisse les évolutions à venir.

### ▪ Les services publics numériques en santé: des avancées à amplifier, une cohérence à organiser.

*In Rapport public annuel, tome 2. pp 215-239*  
Cour des Comptes, février 2018.

On entend par services numériques en santé un ensemble composé principalement des services de santé en ligne –ou télé-services, permettant aux usagers de réaliser une ou plusieurs démarches de manière dématérialisée –et des outils numériques de coordination des soins et d'échange ou de partage principalement destinés aux professionnels de santé.

À l'occasion d'une récente enquête sur la télémédecine, elle a souligné également les perspectives très prometteuses ouvertes en matière de soins par le développement des échanges par voie numérique, mais mis en évidence qu'une mobilisation effective des gains d'efficacité et de qualité des soins qu'elle pouvait permettre demeurerait tributaire d'une stratégie plus cohérente.

Dans le prolongement de ces différentes enquêtes, la Cour a cherché à mesurer les évolutions intervenues au cours des années récentes en matière de services publics numériques en santé. Elle a constaté en ce domaine des progrès, réels mais inégaux, porteurs de résultats d'ores et déjà appréciables (I). Mais faire pleinement des services numériques le levier de modernisation en profondeur du système de soins qu'ils doivent être exige de lever différents obstacles et d'inscrire ces services dans un cadre plus cohérent (II).

### ▪ E-santé : télésanté, santé numérique ou santé connectée. Bibliographie thématique.

Service de documentation de l'IRDES, Marie-Odile Safon. mars 2018. 342 p.

Présentation et contextualisation du sujet ; recensement des acteurs et travaux emblématiques de la thématique.

### ▪ La télémédecine doit faire la preuve de son efficacité. Dossier.

La Gazette Santé social, n° 148. Février 2018. pp. 15-22.

La loi *Hôpital, patients, santé, territoires* (HPST) du 21 juillet 2009 reconnaît dans son article 78 la possibilité de pratiquer la télémédecine. Mais si, depuis, on a assisté à quelques expérimentations, le déploiement se heurte au manque d'évaluation, tant sur le plan clinique que budgétaire. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a introduit un véritable changement en intégrant dans le droit commun de la sécurité sociale la téléconsultation et la télé-expertise. Ce qui nécessitera obligatoirement une coopération entre les industriels et les usagers. Le dossier propose également 3 retours d'expériences territoriales ; ainsi que le regard croisé du Dr Jacques Lucas, vice-président du Conseil national de l'Ordre des médecins, et de Bruno Detournay, vice-président du Collège des économistes de la santé.

### ▪ Télémédecine : des pratiques innovantes pour l'accès aux soins.

Haut Conseil de la Santé Publique  
ADSP n°101, décembre 2017.

La télémédecine regroupe des pratiques médicales à distance : téléconsultation, télé-expertise, télésurveillance médicale, téléassistance médicale et régulation. Elle est une réponse aux défis auxquels est confrontée l'offre de soins aujourd'hui.

Elle permet la prise en charge au plus près du lieu de vie des patients. C'est un moyen de réorganiser l'offre de soins en améliorant l'accès et la qualité. La Stratégie nationale de santé 2018-2022 donne une nouvelle impulsion à la télémédecine et des financements sont mis en œuvre pour favoriser son développement.

*Sommaire détaillé et quelques articles en ligne*

### ▪ Dématérialisation et accès aux droits de santé : que faire face à la déshumanisation des services publics ? - Dossier ressources.

Fabrique Territoires et santé, novembre 2017. 37 p.

Ce dossier ressources propose un état des lieux de la thématique et quelques actions locales mises en œuvre dans le cadre de démarches territorialisées de santé. Il est issu d'un travail de capitalisation fait à partir d'une recherche de ressources existantes et d'un appel à contributions diffusé du 13 juin au 19 juillet 2017. Parmi les réponses de l'appel à contributions, trois actions s'inscrivent dans un atelier santé ville et/ou un contrat local de santé.

▪ **Nurses in advanced roles in primary care: policy levers for implementation.**

OCDE, Claudia B. Maier, Linda H. Aiken and Reinhard Busse  
Health Working Paper, n°98,  
DELSA/HEA/WD/HWP(2017)8. Novembre  
2017. 71 p.

De nombreux pays de l'OCDE ont entrepris des réformes au cours de la dernière décennie pour favoriser le développement de nouveaux rôles plus avancés pour le personnel infirmier dans le domaine des soins primaires, afin d'accroître l'accès, la qualité des soins et/ou réduire les coûts. Ce document de travail analyse le développement de ces nouveaux rôles dans 37 pays de l'OCDE et de l'Union européenne.

Quatre grandes tendances se dégagent :

1) le développement de rôles spécifiques plus poussés pour les infirmiers à l'interface entre leurs rôles traditionnels et ceux des médecins ; 2) l'introduction de nouveaux rôles et tâches supplémentaires pour les infirmiers, souvent dans le domaine de la gestion des maladies Chroniques ; 3) le développement de programmes d'éducation plus avancés pour fournir aux infirmiers les compétences requises ; et 4) l'adoption de nouvelles lois et réglementations depuis 2010 permettant à certaines catégories d'infirmiers de prescrire des médicaments (par exemple, en Espagne, Estonie, Finlande, France, Pays-Bas et Pologne)

▪ **L'innovation organisationnelle, un processus d'apprentissage au service de la transformation du système de santé ?**

Bourgueil Yann

Santé Publique, 2017/6 (Vol. 29), p. 777-779.

Les systèmes de santé font l'objet de réformes régulières qui ont pour but de maintenir leur capacité à assumer leurs rôles préventifs, curatifs et palliatifs en intégrant les progrès des sciences médicales et sociales dans un contexte de solidarité nationale. Les contraintes sont multiples

et se sont accrues ces dernières années ; financière en premier lieu mais également démographique et épidémiologique. L'accélération de la transformation des organisations de soins se traduit par des réformes à court terme par exemple avec les mesures visant à maintenir une offre de soins en zone déficitaire et lutter contre le renoncement aux soins mais également des actions à moyen et long termes comme l'augmentation de la ressource humaine en santé et les réformes des processus de sélection et de formation des professionnels de santé.

L'organisation des soins abordée par les notions de parcours de soins et/ou de santé, de virage ambulatoire, de travail en équipes, d'évolution des rôles professionnels comme les pratiques avancées, l'introduction de nouveaux modes de paiement et de rémunération constitue désormais un levier important de cette transformation. Dans le même mouvement, l'accroissement considérable des possibilités d'accès à l'information, de partage, de transfert et d'analyse des données permet d'imaginer des innovations multiples et radicales pour développer de nouvelles pratiques en santé et faciliter les nouvelles formes d'organisation des soins. À l'instar des techniques, produits de santé et pratiques professionnelles, l'innovation dans l'organisation des soins devient un enjeu de politique publique, objet de recherche et d'évaluation en santé. Mais de quoi s'agit-il ? Quels en sont les contours ? Que peut-on en attendre ? Et comment s'en saisir ?

▪ **E-santé et prévention santé : quelle évaluation pour quels types d'intervention ?**

Aromatario Olivier

Annales des Mines - Réalités industrielles, 2017/2 (Mai 2017), p. 42-45.

Dans notre vie quotidienne, les objets connectés et les applications *smartphone* sont de plus en plus présents, y compris dans le domaine de la santé. Mais encore faut-il savoir quelle est la plus-value réelle de ces e-outils sur la santé. Il faut en effet se pencher sur les leviers qui sont susceptibles d'influer sur l'état de santé de la population et identifier ceux sur lesquels la prévention va pouvoir agir. Ainsi, ces objets et applications vont pouvoir favoriser ou non, en fonction de leurs modalités d'action, des changements de comportement qui sont les facteurs fondamentaux de la prévention des maladies évitables non transmissibles. [...]

▪ **Le développement de la télémédecine en France. Une territorialisation de la politique publique ?**

Thorigny Maxime

Revue francophone sur la santé et les territoires, mars 2017. 24 p.

La commission santé du CNFG a organisé une journée de rencontres consacrée aux travaux des jeunes chercheurs. Ce séminaire s'est tenu le 25 novembre 2016 à Rouen.

A cette occasion, Maxime Thorigny (Univ. Reims, REGARS EA 6292) a présenté ses travaux sur le développement de la télémédecine. Sa communication analyse la prise en compte du territoire lors du déploiement de la télémédecine. Et pose la question des tensions à observer entre la mise en œuvre décidée au niveau politique et la manière dont les acteurs de terrain traitent ce problème.

▪ **Référentiel de bonnes pratiques sur les applications et les objets connectés en santé (mobile Health ou mHealth)**

Haute Autorité de Santé, octobre 2016. 60 p.

La santé mobile offre de nouvelles possibilités pour améliorer la surveillance des maladies chroniques et permettre au patient d'être un acteur de sa prise en charge. Elle pourrait également contribuer au développement de la dimension préventive de notre système de santé. Dans ce contexte et à la demande de la Délégation à la Stratégie des Systèmes d'Information de Santé (DSSIS), la HAS a inscrit à son programme de travail l'élaboration du référentiel de bonnes pratiques portant sur les applications et les objets connectés en santé. Ce référentiel de bonnes pratiques qui s'adresse aux industriels et aux évaluateurs (structures d'évaluation, associations de consommateurs ou sociétés savantes médicales) vise à guider, à promouvoir l'usage et à renforcer la confiance dans les applications et les objets connectés.

▪ **Livre blanc : De la e-santé à la santé connectée.**

Conseil National de l'Ordre des médecins (CNOM), janvier 2015. 36 p.

Le CNOM observe avec intérêt que le débat sur la santé connectée s'est ouvert à la CNIL, dans des cercles de réflexion consacrés au numérique, dans les institutions du monde de la santé et au sein même de la Commission européenne. Ce livre blanc a vocation à enrichir le débat public. Il n'apporte pas des réponses péremptoires. Il pose des interrogations éthiques et déontologiques

dans l'accompagnement des évolutions de nos sociétés et y apporte des éléments de réflexion. Il propose six recommandations, pour une "régulation adaptée, graduée et européenne" du traitement des données issues des objets ou "applis" de santé et une évaluation scientifique "neutre" d'experts "sans lien d'intérêt avec les fournisseurs" spécifique à la télémédecine.

