

COPRODUIRE ET PARTAGER DES CONNAISSANCES POUR DECLOISONNER ACTEURS ET NIVEAUX TERRITORIAUX ET AGIR SUR LES INEGALITES INFRA-COMMUNALES DE SANTE

Soumission à la Revue francophone sur la santé et les territoires

Marianne Viot

Chargée de recherche, Université Paris Nanterre, laboratoire LADYSS.

viotmarianne@yahoo.fr

Zoé Vaillant

Maître de conférences, Université Paris Nanterre, laboratoire LADYSS.

zoe.vaillant@u-paris10.fr

Tél : 01.40.97.98.08

COPRODUIRE ET PARTAGER DES CONNAISSANCES POUR DECLOISONNER ACTEURS ET NIVEAUX TERRITORIAUX ET AGIR SUR LES INEGALITES INFRA-COMMUNALES DE SANTE

Parler d'action publique en matière de santé, que celle-ci soit territorialisée ou pas, amène nécessairement à dépasser le champ des seuls professionnels de santé – soins préventifs, curatifs et palliatifs - pour englober celui des institutions publiques. La territorialisation, qui peut être considérée comme la contextualisation de l'action publique (Clavier, 2011), combinée à la reconnaissance grandissante de la vision holistique des déterminants de la santé et des inégalités sociales et territoriales de santé, contribuent à cette redéfinition des contours de l'action publique où la santé publique n'est plus seulement un problème médical qui relèverait de la responsabilité des seuls professionnels de santé, mais devient un enjeu social sur lequel les acteurs politiques (au sens large élus, acteurs territoriaux institutionnels et associatifs, etc.) peuvent légitimement se prononcer (Clavier, 2011). En effet, les déterminants des inégalités sociales et territoriales de santé relèvent d'un large faisceau de facteurs qui se combinent différemment selon les lieux. Envisagés à différentes échelles, ces facteurs concernent un ensemble d'acteurs issus de différents secteurs, intervenant à différents niveaux territoriaux et devant se coordonner pour agir efficacement.

La territorialisation de l'action publique en santé conduit donc à une modification des modes de mise en œuvre et de gestion des politiques locales de santé dans les territoires impliquant de nouvelles pratiques, fondées sur de nouvelles connaissances et de nouvelles formes de coordination entre acteurs (Torre & Vollet, 2016). Le « bas », les « territoires », le local recomposent le contenu de l'action publique de l'Etat qui est amené à autoriser, reconnaître - ou non - un contenu de tâches fixé par ces échelons. Mais si les élus et les acteurs locaux, du champ de la santé ou non, revendiquent la proximité comme un moyen d'ajuster au mieux les politiques aux problèmes locaux, le degré de proximité optimale (ville, département, région et autres), la détermination d'une stratégie ainsi que la mise en œuvre des programmes varient en fonction de leur territoire d'intervention respectif (Honta & Haschar-Noé, 2011). En cela l'articulation des différents acteurs, leur coordination est devenue un enjeu fort pour territorialiser l'action publique (Gumuchian et al., 2003). Cette coordination s'apparente à un travail de connexion des différents acteurs et échelles pour pouvoir agir de manière cohérente, synergique et intégrée. En outre, la définition des problèmes ainsi que la finalisation de l'action publique censée y répondre nécessitent une capacité accrue d'information sur le territoire comme base de l'action. Dès lors, la question de la connaissance, de ses modes et conditions de production, de partage et d'accès devient un enjeu fort pour les acteurs en vue de s'inscrire dans ce mouvement de territorialisation de l'action publique et de l'orienter.

C'est dans ce contexte que, depuis 2011 les enseignants-chercheurs en géographie de la santé de l'Université Paris Nanterre (UPN) ont initié un groupe de travail francilien dénommé « Plateforme Géodépistageⁱ ». Ce groupe réunit des chercheurs, des décideurs et des acteurs de différentes sphères professionnelles agissant à plusieurs niveaux territoriaux (du régional à l'infra-communal) sur la question des déterminants des inégalités socio-territoriales de santé. Ce rapprochement s'opère autour de la production de diagnostics territoriaux de santé réalisés par des étudiants du Master de géographie « Territoires, Villes et Santéⁱⁱ » portant sur l'analyse des inégalités infra-communales de recours au dépistage du cancer du sein. L'objectif de cet article est de montrer comment l'expérience de la plateforme, démarche de co-production, partage et application des connaissances pour

l'action illustre ces enjeux organisationnels et politiques liés à la territorialisation, à savoir coordonner les acteurs, articuler les échelles, connaître pour piloter et agir.

Nous verrons comment l'accès à la connaissance peut permettre d'articuler des acteurs habituellement séparés et créer des espaces de dialogue communs incluant des références partagées. En explicitant la mise en œuvre du processus de co-production, de partage et d'application des connaissances avec la plateforme et en déclinant un exemple sur la ville d'Argenteuil, l'article montrera comment cette démarche centrée sur la production de connaissances à l'échelle infra-communale peut alimenter et faire évoluer le pilotage et la mise en œuvre de politiques locales de prévention en santé.

L'analyse réflexive et critique de la mise en œuvre de cette démarche partenariale en lien avec les enjeux de la territorialisation de l'action publique proposée ici correspond à un volet du projet de recherche interventionnelle *DéCLIC* : « Réduire les Inégalités d'accès aux Dépistages des Cancers au niveau Local: le partenariat chercheurs-décideurs-acteurs comme levier d'actionsⁱⁱⁱ ». Les données mobilisées dans cet article ont été collectées entre 2012 et 2016 au cours d'une observation participante au sein de la plateforme (15 réunions de plateforme) et à travers une collaboration avec la commune d'Argenteuil (25 temps d'observation dont 15 réunions dans la ville et l'animation, participation à deux restitutions publiques). Trente-et-un entretiens semi-directifs ont également été réalisés avec les acteurs de la ville et de la plateforme visant à connaître leurs motivations à participer à cette démarche, leurs ressorts pour l'action et à documenter comment ils se saisissent, ou non, de la connaissance produite dans leurs missions.

I. L'ACCÈS À LA CONNAISSANCE, UN ENJEU CLÉ POUR ARTICULER LES ACTEURS

A. Le cancer du sein: un enjeu fort de santé publique et un tissu d'acteurs qui a besoin de connaissances

Les inégalités sociales et territoriales de santé se creusent en France – en particulier en Ile-de-France (Leclerc et al., 2006; Leclerc et. al., 2000) – et leur réduction est un objectif clé du dernier Plan Cancer (Institut National du Cancer, 2015). En France, le cancer du sein est pour les femmes, le cancer le plus fréquent (48 800 nouveaux cas par an) et la première cause de mortalité par cancer (11 900 décès par an) (Santé Publique France, 2016). Mais s'il est dépisté tôt, il peut être soigné. Le dépistage s'avère donc être un levier majeur de réduction de la mortalité par cancer du sein. La généralisation depuis 2004 d'un programme de dépistage organisé du cancer du sein (DOCS) illustre ainsi la priorisation des politiques publiques en la matière^{iv}. Le DOCS est un programme national décliné dans chaque département concernant l'ensemble des femmes résidant en France âgées de 50 à 74 ans. Invitées à se faire dépister tous les deux ans chez un radiologue agréé, elles reçoivent une mammographie (avec seconde lecture) et se font pratiquer un examen clinique des seins (Institut National Du Cancer, 2016). Sans avance de frais^v, ce programme est censé être accessible à toutes. Néanmoins, les taux de participation demeurent bas et inégaux socialement et géographiquement. L'Ile-de-France est marquée par de très fortes inégalités en matière de dépistage avec des taux de participation au DOCS s'échelonnant en 2014 de 26,9% à 52,9% entre ses huit départements ; les taux moyens étant de 40,3% pour la région et 52% pour la France entière (Santé Publique France, 2015).

La réduction des inégalités de santé en général et de recours au dépistage en particulier est un enjeu de santé publique partagé par de nombreux acteurs. Quelle que soit leur échelle d'intervention, les acteurs territorialisés - dont l'action doit se déployer sur un périmètre

donné (Gumuchian et al., 2003) - ne connaissent pas nécessairement l'ensemble des déterminants de la santé des populations de leur territoire d'intervention, ni même tous les acteurs qu'ils pourraient mobiliser pour agir collectivement. En outre, si le constat est partagé concernant la nécessité de produire des connaissances ciblées et situées pour aider la décision et la mise en œuvre d'actions adaptées, il apparaît que les acteurs, les villes et les décideurs ne sont pas toujours en capacité (données, ressources techniques et humaines) d'obtenir ou d'analyser les données existantes pour éclairer et orienter leurs actions ainsi qu'en mesurer et démontrer la pertinence.

Les acteurs impliqués dans la politique de prévention des cancers et menant des actions en faveur du dépistage s'interrogent sur la pertinence et les types d'actions à mener, sur le ciblage spatial et populationnel, et sur l'évaluation de l'efficacité des actions sur la participation au dépistage et la réduction des inégalités de santé. Ces questionnements, qui supposent d'accéder à des connaissances pour trouver des réponses, se déclinent différemment selon les acteurs et leurs échelles d'intervention.

Pour l'**assurance maladie**, le principal financeur du dispositif national, le DOCS est censé améliorer la santé des femmes et réduire les coûts de la maladie pour la collectivité par son approche préventive. Se pose la question de savoir comment atteindre un haut niveau de dépistage.

L'**ARS**, service déconcentré de l'Etat, est chargée du pilotage et de l'animation du programme de DOCS au niveau régional et du pilotage général de la stratégie de réduction des inégalités de santé. Elle contractualise avec les villes en signant des Contrats Locaux de Santé (CLS) via ses Délégations Départementales (DD-ARS) intervenant au niveau départemental. L'ARS demeure pourtant loin du terrain pour suivre les actions menées, leur déploiement et leur évaluation. L'accès à une connaissance ciblée et fiable représente à ce titre un enjeu important pour le pilotage de la politique régionale.

Les **structures de gestion du dépistage organisé** (SG) sont géographiquement organisées par département^{vi} et ont un statut d'association^{vii}. Détentrices des données relatives au DOCS, les SG développent des analyses plus ou moins poussées de leur base de données selon les ressources disponibles. Mais du fait de l'étendue de leur territoire d'intervention (le département), elles rencontrent des difficultés à cibler leurs actions et surtout à pénétrer le terrain, en maillant avec les acteurs des villes.

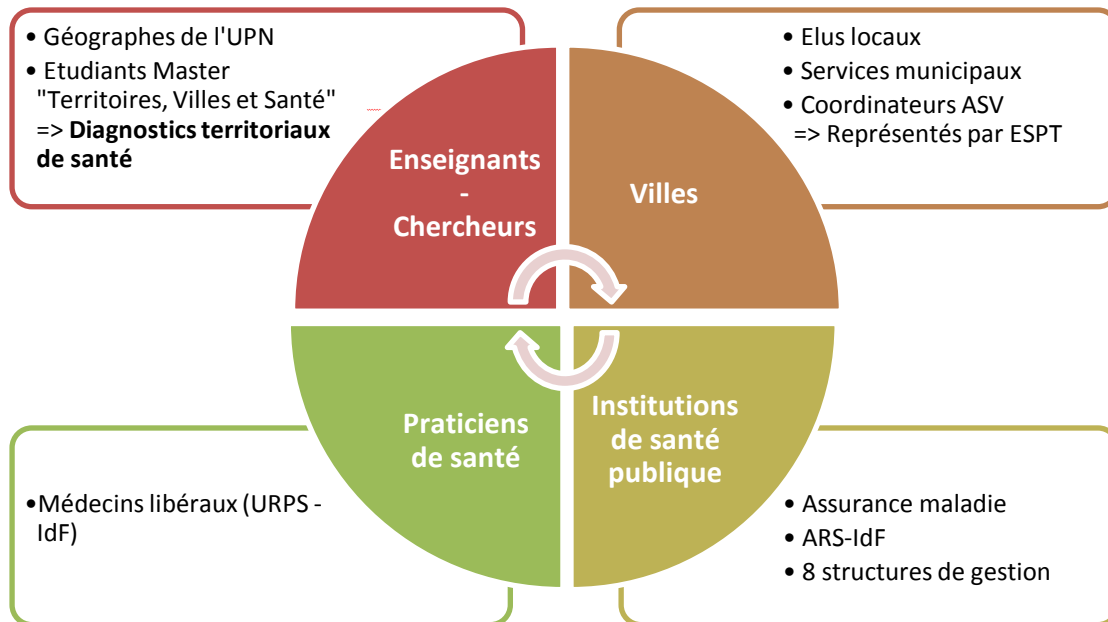
Pour les **élus** d'une ville au fait de fortes inégalités de santé dans leur territoire, la question porte sur l'accompagnement de potentiels dispositifs existants, tel un Atelier Santé Ville (ASV) et un CLS. Avoir une bonne connaissance de la ville, des quartiers, des acteurs, des associations demeure insuffisant pour y mener des actions de prévention pour le dépistage sans accès aux données et à une expertise dans le domaine de la lutte contre le cancer. Leur enjeu repose sur la capacité de traiter les données existantes (à échelle fine) et de mailler avec les acteurs de santé publique possédant les données et l'expertise nécessaires à la mise en œuvre d'actions thématiques ciblées dans leur territoire.

Chaque acteur à son niveau a besoin de connaissances et la « Plateforme Géodépistage » est une démarche qui vient les mettre en lien pour produire ensemble des diagnostics territoriaux sur les inégalités d'accès au dépistage dans les villes. D'autres initiatives visant à mettre en lien des chercheurs et des acteurs existent en France comme la plateforme « Apprendre et Agir Pour Réduire les Inégalités Sociales de Santé » (AAPRISS) : des acteurs adressent une question (en santé publique) à la plateforme qui les met en lien avec des chercheurs travaillant dans différentes disciplines et mobilisables sur le problème cité.

Le lien est d'abord la mise en contact. Mais, à notre connaissance, aucune autre initiative à ce jour (que le projet AAPRISS complété par le projet REFLEXISS visant à mettre en œuvre des séminaires de réflexivité sur la coordination des expertises dans la recherche interventionnelle visant la lutte contre le cancer et la réduction des inégalités sociales de santé) n'a développé une telle démarche donnant lieu sur une thématique donnée à des approfondissements continus et itératifs à la fois méthodologique, thématique et opérationnels centrés sur la production de données infra-communales, avec les mêmes acteurs et dans la durée (6 ans).

B. Réunir autour de la production de connaissances : la Plateforme Géodépistage d'Ile-de-France

Figure n°1 : Les acteurs impliqués dans la Plateforme Géodépistage d'Ile-de-France

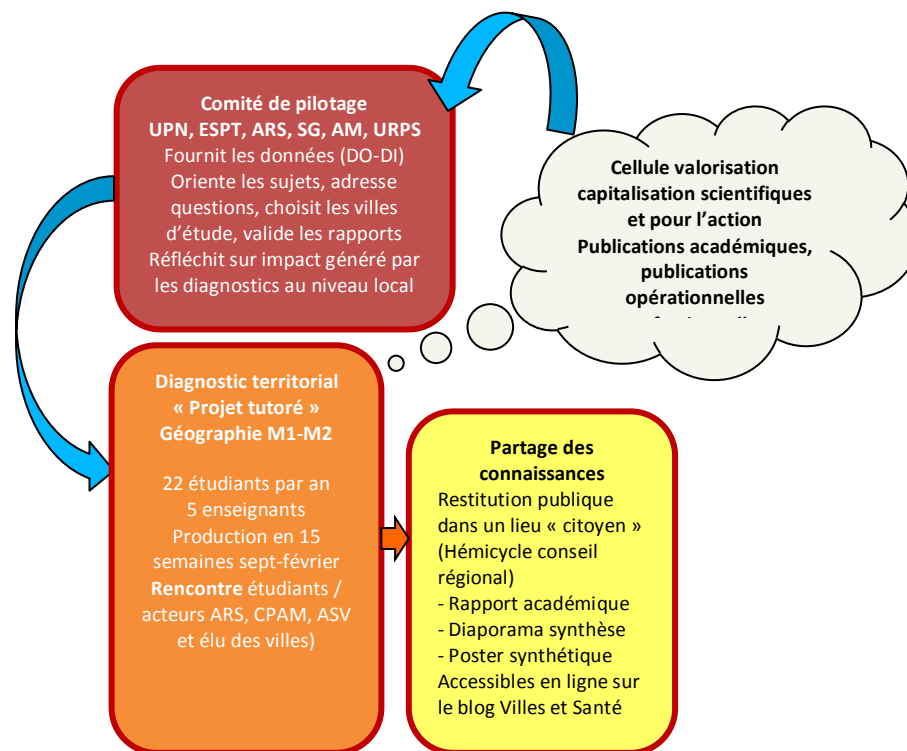


La plateforme associe des acteurs concernés par la prévention en cancer appartenant à plusieurs sphères (figure n°1). Du domaine de la recherche, les enseignants-chercheurs animent la démarche et les étudiants du Master «Territoires, Villes et Santé» produisent les diagnostics territoriaux de santé. L'association Elus, Santé Publique et Territoires (ESPT, association nationale de villes pour le développement de la santé publique) milite pour une contractualisation avec l'Etat de cet engagement en santé. Elle assure une fonction de plaidoyer (à la fois auprès des élus locaux et des institutions), de diffusion d'information et de formation. Au sein de la plateforme, ESPT représente indirectement les élus et les acteurs des villes qui opérationnalisent la politique à mener localement (coordinateurs des ASV, direction de la santé, chargés de santé publique, services de la politique de la ville, etc.). Les institutions en santé publique sont représentées par les huit structures de gestion, l'assurance maladie et l'ARS-IdF. Enfin, les praticiens de santé sont représentés par l'Union Régionale des Praticiens de Santé (URPS-Médecins Ile-de-France). Plus difficiles d'accès, leur présence est intermittente (pour des raisons détaillées ci-après).

D'un groupe de travail régional collaboratif et de fonction plutôt technique (partager les données du dépistage en vue de leur analyse), la plateforme a progressivement évolué vers une véritable démarche partenariale intersectorielle (figure n°2).

Figure n°2 : Le fonctionnement collaboratif de la Plateforme Géodépistage

Co-production
Partage
Application des
connaissances



Les participants à la plateforme se réunissent cinq fois par an pour :

- sélectionner les villes à étudier^{viii}. Ce sont les SG qui proposent des villes en s'appuyant sur différents critères disponibles et selon les leviers qu'elles souhaitent activer. Elles proposent des villes de leur département selon qu'elles souhaitent renforcer des mobilisations existantes ou documenter de bons taux de participation. A l'inverse, les SG sélectionnent aussi des villes dans lesquelles elles ont peu de prise ou avec de faibles taux de participation pour y mener des actions. Il faut tout d'abord que la ville présente un effectif de femmes de 50 à 74 ans suffisant pour conserver la solidité statistique des taux de participation cartographiés à échelle fine (un seuil a été fixé à 12 000 habitants)^{ix}. Les arbitrages finaux sont collectifs notamment en fonction du nombre d'étudiants inscrits en master. Les villes elles-mêmes ne sont pas impliquées dans le processus de choix. Elles sont informées et associées au projet une fois que le diagnostic a démarré (voir ci-après) ;
- encadrer et orienter les travaux (méthodologie, nouveaux axes de recherche) ;
- faire une analyse critique des résultats produits ;
- réfléchir, informer et diffuser sur l'impact des diagnostics déjà produits au niveau local (mobilisation d'acteurs, programmation d'actions...) ;
- proposer des stratégies de valorisation des résultats et de la démarche en général, l'initiative venant en général des enseignants-chercheurs –mais pas toujours - et la réalisation (article, communication) se faisant en général en binôme acteurs-chercheurs.

Entre 2011 et 2015, quarante-huit diagnostics territoriaux traitant des inégalités de recours au dépistage du cancer du sein ont été réalisés dans des villes d'Ile-de-France. Ils dressent un état des lieux des disparités infra-communales d'accès au dépistage du cancer du sein en

s'appuyant sur la cartographie des taux de participation par quartiers et IRIS^x et en sélectionnant des facteurs socio-territoriaux susceptibles d'expliquer ces inégalités. Ils tentent de montrer comment les inégalités intra-urbaines peuvent être liées à l'organisation, la gestion, l'appropriation des territoires par les acteurs et les habitants à différentes échelles. Ces diagnostics articulent cartographie statistique (flux de recours aux radiologues, implantation de l'offre de soins et des acteurs de la prévention, composition socio-économique des quartiers des villes, etc.) et observations de terrain (histoire et morphologie urbaines), rencontres et entretiens avec les élus locaux et des acteurs de la ville (prévention et soin, associations d'habitant(e)s, etc.).

Ce travail cherche à concilier des exigences académiques avec les impératifs opérationnels des acteurs et des décideurs organisateurs d'actions en faveur du DOCS. Chaque acteur contribue avec ses ressources propres au processus de travail :

- ESPT introduit les étudiants auprès des élus de la ville d'étude, leur facilite l'entrée sur le territoire et contribue ainsi à intéresser les décideurs locaux au diagnostic qu'ils vont produire. Jusqu'ici les projets ont toujours été bien accueillis puisqu'ils représentent pour la ville un moyen inopiné d'avoir un diagnostic territorial de santé avec des données de santé très fines. En général lors d'une première réunion qui rassemble l'élus à la santé (ou équivalent), ESPT, l'ASV ou le service santé – s'il y en a un – et la SG, les étudiants présentent leur démarche de recherche et des premières cartes de taux de participation au DOCS. Ces cartes permettent d'accrocher les acteurs en présence et souvent même de discuter des quartiers sur lesquels les services de la ville pensent qu'il serait intéressant que les étudiants portent une attention plus particulière. L'association a assuré la coordination de la plateforme et l'organisation des journées publiques de restitution des travaux des étudiants pendant quatre ans.
- Les SG mettent à disposition les données du DOCS à l'adresse des femmes dans chacune des villes étudiées de leur département d'intervention (une à deux villes par session). Les coordonnateurs partagent en amont les questions spécifiques à instruire et co-encadrent la production des diagnostics.
- Les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) participantes transmettent les données du Dépistage Individuel (DI), c'est-à-dire le nombre d'examens mammographiques réalisés à l'initiative de femmes, en dehors du programme national de DOCS. Cela permet aux étudiants de dresser un portrait global de participation dans leurs villes d'étude.
- L'ARS-IdF partage ses orientations stratégiques et ses besoins de connaissances pour abonder dans sa mission de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.
- Les enseignants-chercheurs proposent leur expertise en géographie de la santé, encadrent la production des travaux par les étudiants, assurent leur valorisation, et leur diffusion.

Une restitution publique appelée « *Journée Villes et Santé. Les inégalités infra-communales de recours au dépistage du cancer du sein* » est organisée chaque année. Un large public est invité. Les lieux de ces restitutions sont choisis pour leur valeur symbolique au regard de la démarche d'ouverture, de partage et parce que ce sont des lieux de débat pour l'élaboration de politiques publiques, tels l'hémicycle du Conseil Régional d'Île-de-France. Matériellement, les résultats de cette recherche sont partagés sous forme d'un rapport académique, d'un diaporama et d'un poster de synthèse opérationnels, ce dernier étant co-produit avec les SG. Ces travaux sont accessibles à tous sur le site Villes et Santé: <http://villesetsante.com/>.

Au fil des années, ce groupe de travail collaboratif s'est structuré autour d'un espace commun. Comment celui-ci se donne-t-il à voir concrètement ? A travers quelles évolutions de visions et de pratiques pour ses membres ? Quels sont également les enjeux de son activation ?

II. ESPACE DE DIALOGUE COMMUN ET CHANGEMENT DES PRATIQUES

En produisant une connaissance commune, les membres de la plateforme deviennent eux-mêmes porteurs de la démarche et des résultats auprès de leurs institutions respectives contribuant ainsi à la diffusion de l'approche et à sa dissémination. Graduellement se crée un cadre d'apprentissage réciproque, collectif et collaboratif entre chercheurs, étudiants et praticiens (Van de Ven & Johnson, 2006). Quelles sont les conditions et modalités de l'appropriation de la démarche elle-même pour chaque acteur ? Quels changements de pratiques et de vision se dessinent ?

La plateforme ne possède pas de statut juridique particulier en dehors d'un accord-cadre signé par l'ensemble des membres. Cet accord borne les engagements de chacun dans la production des analyses en lien avec l'utilisation des données du dépistage en Ile-de-France (elles-mêmes cadrées par un accord de la Cnil). La participation à la plateforme repose donc entièrement sur la volonté de ses membres. Rien ne les oblige à travailler ensemble encore moins de manière structurée dans le temps.

Ce cadre souple se retrouve dans le fonctionnement même du groupe : partenarial, volontaire et au mode de gestion horizontal. Pourtant, malgré la transversalité du fonctionnement, l'expérience montre au fil des années que l'animation – à travers un processus itératif d'activation – est une condition *sine qua non* du maintien de la démarche. Cet aspect itératif se traduit dans une forme de leadership pris par les enseignants-chercheurs qui proposent des innovations et insufflent régularité dans l'animation du groupe. Aussi souple, collaboratif et volontariste soit-il, le groupe a néanmoins besoin d'une figure de proue, de régularité dans ses échanges, de contenu à faire valoir et de financements communs pour consolider sa démarche. Ainsi si la plateforme perdure depuis six ans c'est qu'elle répond à des besoins et représente un intérêt pour chacun de ses participants.

A. La participation à la plateforme: répondre à des enjeux opérationnels

Les attentes des acteurs diffèrent mais pour autant le moteur pour participer à la plateforme est bien la production de connaissances infra-communales considérée sous l'angle de l'action.

La DD-ARS, les CPAM, les SG s'interrogent sur les modalités d'augmentation des taux de participation et la réduction des inégalités d'accès au dépistage. Les diagnostics doivent leur permettre d'analyser leurs données et d'identifier des solutions pour mettre en place des actions efficaces avec les villes.

Pour les SG, la démarche diagnostique répond à des enjeux opérationnels de maillage partenarial avec les acteurs de leur territoire d'intervention. Elles se font connaître auprès des acteurs incontournables de la santé des villes en présentant un contenu – souvent inédit – permettant d'initier des discussions pour l'action. Selon la qualité du contenu, le type de

résultats produits et l'objectif à atteindre, les acteurs utilisent les diagnostics différemment. Dans une ville, l'équipe du Comité départemental des cancers de Seine-Saint-Denis (CDC93) mise sur l'approche géographique pour nouer des liens : « Nous pensons amener un outil de qualité proposant une connaissance plus fine qu'on va pouvoir partager ». Avec une autre ville, elle utilise le diagnostic comme un outil de communication : « On a transmis le travail, on en parle... Sur une ville complexe, on a un truc en plus à donner ». Elle nuance pourtant l'impact des diagnostics : « Dire que c'est un levier est trop ambitieux, mais on peut dire que c'est un outil complémentaire ».

Pour d'autres acteurs départementaux, les résultats des diagnostics ont généré la mise en œuvre d'actions tests. La CPAM du Val d'Oise s'est par exemple appuyée sur des résultats produits sur le dépistage du cancer du sein dans deux communes de son département pour à la fois établir des connexions avec les acteurs locaux et tester des nouveaux modes de communication auprès des publics cibles sur une autre thématique (le diabète). Sa question était la suivante : « Des quartiers qui répondent moins bien au dépistage du cancer du sein sont-ils aussi plus difficiles à toucher sur d'autres problématiques ? ». A terme, cette CPAM vise le ciblage de quartiers : « On y mènerait des actions de territoire. On irait là où on a identifié des zones où ça a adhéré ».

Les **enseignants-chercheurs** ont parmi leurs objectifs opérationnels la co-production de connaissances scientifiques sur les inégalités sociales et territoriales de santé et la formation de professionnels experts dans l'étude des relations entre territoire, santé et société. L'analyse des données du dépistage répondant à une commande de la plateforme, leur défi est justement de comprendre les attentes opérationnelles de chacun des acteurs afin de produire une connaissance utilisable et valorisable dans chaque sphère, tout en laissant une marge d'initiative aux étudiants pour développer des méthodes de travail non standardisées, voire innovantes. Evalués sur leur production scientifique, les enseignants-chercheurs intègrent une partie du contenu du travail des étudiants et de la démarche pour produire des analyses (notion de contexte, systèmes d'acteurs, pédagogie innovante, etc.). Sur le plan de la recherche, la participation à cette plateforme est une opportunité pour constituer un corpus de données exceptionnel sur de nombreuses villes, qui nourrit des recherches originales.

L'**ARS** a pour mission globale la construction de politiques cohérentes et efficaces en favorisant les synergies d'acteurs et les initiatives. En plus des réunions de pilotage techniques déjà existantes sur le dépistage, la plateforme est une opportunité de mettre autour de la table les mêmes acteurs dans d'autres conditions contribuant au renforcement du pilotage régional de ces acteurs.

ESPT, association dont l'objectif est d'influer pour faire valoir l'implication des villes en faveur de la santé publique dans un cadre contractualisé avec l'Etat, utilise les résultats des travaux et la démarche comme exemples dans la construction de ses arguments et dans ses interventions publiques dans divers lieux de débat politique et institutionnel. Elle utilise également les travaux pour réaliser des brochures de vulgarisation et d'aide à l'action en matière de dépistage à destination des élus locaux et des services dans les villes et autres (SG, plateforme nationale des ASV etc.).

La plateforme se révèle être une arène d'échanges dans laquelle les acteurs trouvent l'opportunité de construire et renforcer un réseau et d'apprendre à collaborer entre sphères professionnelles. Si participer à la plateforme demande un investissement (réunions de coordination, co-encadrement des étudiants par les SG), cela élargit leur vision et leur fournit

de nouveaux leviers d'action du fait d'une meilleure connaissance des autres acteurs, de leurs enjeux et leurs contraintes.

B. La participation à la plateforme: une opportunité de sensibiliser les institutions

La plateforme représente une opportunité de soutien à la contextualisation locale de l'action qu'exige la territorialisation. Chacun peut faire la démonstration au sein de sa structure de tutelle de l'intérêt de la démarche et des connaissances produites pour atteindre les objectifs propres de sa structure.

La mise en œuvre du programme national de DOCS s'ancre dans un contexte contraint de réformes nationales (désengagement ou baisse des dotations des collectivités locales via les conseils départementaux^{xi}) et de réforme de secteur. En effet, il se profile un mouvement de régionalisation des structures de gestion vers les ARS. Parallèlement s'opère un mouvement de nationalisation par l'assurance maladie de l'envoi des courriers d'invitation au DOCS. La mission des SG serait maintenue avec les composantes suivantes : réalisation des secondes lectures des clichés radiographiques, suivi des relances de courriers, mise en place d'actions territorialisées ciblées en faveur du dépistage. Une tension s'opère donc entre d'un côté un mouvement de territorialisation de l'action publique impliquant une légitimation des acteurs de santé publique dans leurs territoires d'intervention et de l'autre une recentralisation et un renforcement du découpage des tâches attenantes au dépistage. Sur la sellette, les SG ont besoin d'accroître leur visibilité et d'affirmer la pertinence de leur action. Elles peuvent faire valoir l'apport de leur expertise territoriale (structure de proximité) et l'intérêt de la maille départementale pour décliner efficacement leur mission de santé publique en mettant en avant la nécessité de mener des actions fines ciblées localement et de les évaluer pour mesurer leur possible impact sur la participation. Parallèlement, le travail diagnostique auquel les SG participent montre que la participation au DOCS est le résultat de combinaisons complexes de facteurs sociaux et territoriaux dans des contextes sur lesquels les SG n'ont pas la main. Cela permet ainsi de relativiser les « mauvais » taux de participation quand c'est le cas.

L'ARS-IdF a pour objectif la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Sans préjuger de savoir si elle va atteindre son objectif, il s'agit *a minima* de s'assurer que les inégalités ne vont pas augmenter. Les résultats produits sur le recours au dépistage dans le cadre de la plateforme sont partageables en interne et peuvent aussi concerner d'autres thématiques de santé de façon transversale. L'inscription de l'ARS-IdF dans la plateforme lui permet d'instruire et de documenter la question des inégalités sociales et territoriales de santé en la déclinant (région, département, ville) au travers de la thématique du DOCS. Participer à ce groupe de travail lui permet aussi d'appuyer sa fonction décisionnaire incluant la légitimation des financements œuvrant en direction du local (type CLS).

Les **enseignants-chercheurs** s'appliquent à professionnaliser les étudiants et à faire la démonstration au sein de leur tutelle de l'intérêt de cette formation appliquée qualifiée de « pédagogie innovante » par le Ministère de l'Education nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche^{xii}. Ils visent à mettre en avant le nécessaire soutien à l'ingénierie de recherche et de formation et de remplir au mieux la fonction sociale de l'université. En effet, présenter des conventions de partenariat avec des acteurs de référence de leur domaine de recherche permet de renforcer l'ancrage territorial de l'université (dans un contexte de concurrence entre les universités, de réduction des moyens, etc.).

Tous les acteurs de la plateforme ne réussissent pour autant pas à partager la démarche au même degré dans leur propre sphère. Dans l'expérience de la plateforme demeure la difficulté à mobiliser réellement les professionnels du soin (radiologues, médecins généralistes, gynécologues). En effet, même si un représentant de l'URPS a pris part à la plateforme, ses tentatives pour mieux faire connaître et comprendre la démarche au sein de cette institution n'a pas trouvé d'écho. Après son départ en retraite l'URPS n'a pas proposé de se faire représenter à nouveau dans cette instance. Cette absence d'implication renvoie sans doute à de nombreuses causes. Parmi celles-ci figure l'existence d'un réel débat scientifique, non tranché qui divise les médecins, sur la pertinence médicale d'un dépistage systématique^{xiii1} pour le cancer du sein. Cette réticence à s'impliquer peut aussi être liée au fait qu'au départ du lancement de ce programme de santé publique de DOCS, les médecins gynécologues n'ont pas été associés et explicitement désignés par l'INCa et l'AM comme acteurs incontournables. En outre la réglementation tarifaire de la mammographie faite dans le cadre du DOCS peut représenter un frein pour des médecins qui pratiquent des dépassements d'honoraires ou prescrivent parfois une mammographie par an et non une tous les deux ans comme le prévoit le programme. Ou encore, sur le plan idéologique et corporatiste, l'intervention de l'Etat dans la pratique médicale peut pour certains représenter un frein à la promotion de la pratique. Ces divisions se traduisent sur le terrain (et non pas seulement dans la plateforme) par une mobilisation toute relative des médecins en matière de DOCS. Les partenaires du dépistage comme les acteurs des villes ont souvent du mal à les mobiliser dans des actions de prévention.

De même l'association ESPT qui, même si elle organise régulièrement des événements à destination des élus, peine à les mobiliser pleinement dans des groupes de travail liés à la plateforme (par exemple réunir un panel d'élus pour co-construire une brochure d'aide à la décision en matière de DOCS). Au-delà des questions de moyens de l'association, ceci reste notamment lié au caractère volontaire de l'engagement en santé des villes et aux changements réguliers des élus des villes adhérentes à l'association.

C. Création de références communes sur *territoires et inégalités de santé* : vers un changement de vision, de pratiques et une acculturation

Les acteurs de la plateforme, rassemblés autour de la question de l'amélioration de la participation au dépistage, déclinent le programme national sur leur territoire d'intervention. Comment *territorialisent*-ils l'action publique en matière de dépistage? Cet impératif de territorialiser, c'est-à-dire de contextualiser leur action, entraîne des changements de pratiques jusqu'à une acculturation autour de la question des inégalités de santé dont on peut décrire les manifestations concrètes.

Une expression du décloisonnement s'observe dans la création de références communes entre les acteurs de la plateforme autour des notions de territoire et d'inégalités de santé dans les villes. Au départ la préoccupation des acteurs de santé publique en présence portait sur l'amélioration globale de la participation au dépistage en orientant le questionnement sur des facteurs de type individuel incluant en premier lieu la place des professionnels du soin et de la technique (radiologie) comme explicatifs des modes de recours. Mais progressivement de nouveaux éléments ont été intégrés dans leurs représentations et leur compréhension des enjeux de santé publique. Une évolution notable est le passage à une réflexion davantage axée sur les inégalités, l'aménagement du territoire, la construction et le maillage politique local. Ceci se matérialise par une évolution de langage et des paradigmes utilisés.

Ni univoque, ni figée cette évolution ne signifie pas pour autant que leurs modalités de réflexion et d'action sont définitivement modifiées. Leur vision est enrichie et élargie et cela se traduit dans la sensibilité de leur discours, dans certaines de leurs pratiques et modalités d'action.

Les SG sont initialement venues chercher une réponse à un problème technique relatif à un manque de ressources matérielle ou humaine, pour géocoder leurs données. L'évolution s'est faite en termes de vocabulaire et puis de pratique passant d'un problème technique, le géocodage, à l'idée d'analyser les déterminants socio-territoriaux de la participation au dépistage. En effet, la production cartographique des taux de participation au DOCS existait déjà dans certaines SG. Une d'elles avait recruté un géographe de la santé experte en Système d'Information Géographique (SIG) avant même la création de la plateforme. Au-delà de la compétence technique de produire des cartes, l'intérêt pour le raisonnement géographique a poussé par exemple un membre d'une autre SG à prendre une disposition d'un an pour intégrer le Master «Territoires, Villes et Santé» (2012-13). Aujourd'hui membre actif de la plateforme ce collaborateur qui détient cette double formation professionnelle porte ces nouvelles références au sein de sa propre sphère.

A l'invitation des chercheurs, les membres de la plateforme participent à des colloques et séminaires scientifiques. Au début sous le *patronage* des chercheurs, des communications communes sont réalisées dans des arènes scientifiques permettant d'illustrer la démarche partenariale^{xiv}. Les modes de diffusion évoluent avec des contenus plus élaborés où les acteurs présentent eux-mêmes leurs analyses devant un panel de chercheurs et d'acteurs^{xv}. A ce jour, l'intersectorialité s'est concrétisée dans sa forme la plus aboutie, lors du salon *Innovative SHS* organisé par le CNRS et dont l'objectif est de valoriser l'innovation en sciences humaines et sociales^{xvi}. Au cours de ce salon scientifique, où était présentée la démarche « Villes et Santé », les membres présents (ARS-IdF, ESPT, SG, etc.) étaient en mesure de parler – indépendamment du public – du contenu et des résultats des diagnostics, des méthodes de recherche déployées, et des enjeux de la co-production de connaissances pour la décision et l'action.

L'appropriation de la démarche par la plateforme s'étend jusqu'à souhaiter aboutir à une synthèse opérationnelle. La palette des résultats proposés par les diagnostics a montré la complexité des déterminants et devant cette complexité, les acteurs désirent capitaliser sur l'ensemble de la connaissance produite entre 2011 et 2015 (quarante-huit diagnostics). De façon collégiale et proactive, les membres de la plateforme ont concourus à la mise en place d'une étude que l'ARS-IdF a accepté de financer. L'association ESPT gère le volet administratif et financier du recrutement de la chargée d'étude, les enseignants-chercheurs encadrent au quotidien la production scientifique de cette recrue et la plateforme se réunit tous les deux mois pour le suivi du travail engagé. L'étude en cours depuis 2015 vise à proposer une vue d'ensemble des éléments favorisant ou freinant le recours au dépistage selon les contextes locaux. Il doit aussi générer des recommandations opérationnelles pour agir plus efficacement en faveur de la participation au DOCS et en vue de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

D'un côté, il est nécessaire de capitaliser au niveau régional sur l'ensemble des travaux produits au sein de la plateforme et sur les changements qu'a ouvert la rencontre de ces acteurs. De l'autre, il est également important de comprendre comment la démarche de co-production et de partage de connaissances en se déclinant dans les villes peut y alimenter le pilotage et la mise en œuvre de politiques locales de prévention en santé.

Il faut noter que tous les diagnostics territoriaux réalisés dans les villes ne débouchent pas de façon mécanique et linéaire sur une appropriation par les acteurs de la ville des résultats produits et sur la mise en place d'actions formatées en fonction d'eux. En effet dans certaines villes, même si les diagnostics sont bien accueillis par les différents acteurs^{xvii}, ces derniers ne sont pas toujours forcément en mesure de se saisir des résultats. Des facteurs tels que la complexité du pilotage institutionnel de la politique locale en santé et en prévention ou bien la priorisation des efforts municipaux sur des thématiques très éloignées de la prévention du cancer du sein peuvent freiner cette appropriation. L'analyse des facteurs facilitant ou limitant cette appropriation selon le contexte du système local d'action de la ville fait l'objet de la recherche DÉCLIC d'où est extrait le présent article mais ne fait pas l'objet de plus amples développements dans cet article-ci^{xviii}. Ici le choix a été fait de développer l'article sur une ville – Argenteuil- où le processus a conduit à des changements et de l'action. Ce choix présente l'intérêt de pouvoir décrire un processus plutôt vertueux sans pour autant suggérer que ce cas vaut pour toutes les villes.

III. CO-PRODUCTION DE CONNAISSANCES SUR LE DÉPISTAGE À ARGENTEUIL ET AIDE AU PILOTAGE LOCAL

Entre 2012 et 2016, plusieurs travaux ont été co-produits avec la ville d'Argenteuil dans le cadre de la plateforme. Un premier diagnostic territorial sur le recours au dépistage du cancer du sein a été réalisé par les étudiants du master «Territoires, Villes et Santé» (2012 - 2013). Les enseignants-chercheurs et ESPT ont proposé à la suite de ces résultats de compléter avec une étude sociologique. Ce travail visait à explorer comment les comportements de prévention en santé se construisent (ou non) à l'image de l'intégration dans la dynamique de la ville^{xi}. La commune a co-porté ce stage en accueillant l'étudiante sociologue au sein de l'ASV. En 2015, une seconde étude géographique a été réalisée. Elle visait à voir deux années après le premier diagnostic, l'évolution de la mobilisation des acteurs, les types d'actions menées et la participation au dépistage. Intéressée par la démarche en géographie, la commune a enfin demandé deux études successives portant sur le rapport à la ville autour des thèmes : obésité, jeunesse et sport (2015 - 2016).

A Argenteuil, ville populaire de l'ancienne banlieue rouge de Paris, la santé a depuis longtemps fait l'objet d'un engagement politique local fort, à travers notamment les traditionnels dispensaires devenus Centres municipaux de santé (CMS). Aujourd'hui dans un contexte financier très contraint^x, c'est sur des enjeux de maintien d'une offre de soin suffisante et bien répartie sur le territoire communal que s'exprime encore et d'abord la préoccupation municipale en matière de santé. La question du maintien des CMS a constitué un argument de campagne pour la nouvelle équipe en place depuis 2014. Argenteuil étant une ville socialement et physiquement fragmentée, marquée par de fortes inégalités sociales et sanitaires entre quartiers, la politique locale en santé est aussi axée sur la prévention et la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. L'ASV établi en 2005 et ciblant les quartiers prioritaires en est le principal opérateur. Son action est renforcée sur l'ensemble du territoire depuis 2013 avec la signature d'un CLS.

Les élections de mars 2014 ont produit un changement de majorité municipale se traduisant par un renouvellement de la direction des services en plus des élus. La santé est devenue un enjeu politique tel que malgré des changements politiques majeurs, le principe d'un engagement municipal sur ces questions n'apparaît pas remis en cause. Pour autant, les modalités et marges de manœuvre de cet engagement peuvent être modifiées. Ainsi par exemple les restrictions budgétaires ont abouti au non renouvellement du contrat de travail (Contrat à Durée Déterminée, CDD) de la coordinatrice de l'ASV. A sa place, dans un souci de réduction de la masse salariale des personnels non titulaires, une fonctionnaire titulaire, directrice d'un centre social de la ville sans expérience dans le domaine de la santé, a été réaffectée à l'ASV. Malgré ces difficultés opérationnelles et pour développer cette politique locale, tant dans la mise en œuvre d'actions que dans sa construction d'une vision, la ville a besoin de s'appuyer sur des connaissances. La plateforme collabore ainsi depuis 2012 avec la ville d'Argenteuil dans ce projet partenarial.

A. Partager une vision et mobiliser les acteurs

Au lancement de la démarche partenariale, le service santé (incluant sa directrice et la coordinatrice ASV) a joué un rôle déterminant de portage auprès de l'élue à la santé alors en poste. L'ancienne directrice générale adjointe (DGA) précise: « A l'époque, la politique de santé n'était pas autant portée qu'on aurait voulu. Ce sont les personnels des services qui se sont intéressés au projet. Quand je suis allée à la [première] restitution au Conseil Régional,

j'étais très fière de voir l'étude sur Argenteuil. Et puis intellectuellement c'était très enrichissant de voir les résultats proposés dans les autres collectivités territoriales ». Enthousiasmés par la lecture novatrice de leur territoire et les résultats proposés en termes d'action par les étudiants géographes (ciblage d'un quartier prioritaire avec de faibles taux de participation, questionnement sur le rapport des habitants à la ville), les acteurs se sont déclarés intéressés pour recevoir un approfondissement sur leur territoire.

En 2014, le nouvel adjoint au maire à l'action sociale et la santé s'est saisi de la démarche sur la base de l'innovation méthodologique et de l'originalité des résultats produits: « De manière générale, on aime faire des cartes d'où émergent du même endroit les problèmes. On fait le lien entre revenus, diplômes et questions de santé. Et vous, vous avez montré autre chose. On a vu aussi l'importance de la proximité des centres de santé. On ne présentait pas certaines choses ainsi. ». La nouvelle DGA insiste sur la clarté et le ciblage des résultats présentés: « Même en prenant le train en marche, j'ai pu me nourrir de la réflexion ». Qualifiées d'utiles et apportant de la nouveauté, ces connaissances ont néanmoins pu être perçues comme *inattendues* : « On croit connaître un quartier, mais on découvre des dynamiques antagonistes. Ça casse des représentations » tempère l'ancienne DGA.

Ce travail d'observation de la santé à Argenteuil et dans d'autres communes franciliennes aux thématiques parfois comparables sert en premier lieu de support à la réflexion. Le nouveau conseiller municipal délégué à la santé abonde dans ce sens lors de la restitution publique de 2015 : « J'aime glaner des infos sur ce qui se passe dans d'autres villes, je prends des idées. ». Mais au-delà de l'intérêt initial, un enjeu pour mobiliser les acteurs réside dans la capacité à générer des résultats, en particulier de fournir des données d'évaluation leur permettant de dresser leur bilan. Or, le second diagnostic en géographie n'a pas apporté de résultats forts explicitant les facteurs d'évolution des taux de participation au dépistage entre 2012 et 2014. Pour autant, l'étude a permis de renforcer l'intérêt des acteurs pour cette approche croisée basée sur la production cartographique et l'analyse qualitative d'un fait de santé pour cibler leurs actions. Leur adhésion a été renforcée au cours des différentes restitutions dans et hors la ville comme une démarche transversale. La collaboration avec les géographes pour produire des connaissances sur les inégalités socio-territoriales de santé, ainsi que la démarche partenariale sont progressivement devenus un référentiel (base de connaissances pour les acteurs et inscription dans le CLS). Le maire adjoint précise que la collaboration est perçue comme un investissement à poursuivre car « il ne suffit pas d'avoir la donnée pour la décision ».

B. Une démarche et des résultats supports d'aide pour un pilotage intégré

La démarche de co-production et de partage de connaissances tels que les acteurs d'Argenteuil se la sont appropriée donne une possibilité au service santé d'intégrer de nouveaux collaborateurs du service ou d'autres services. Elle porte une vision de la santé et de ses déterminants en lien avec le contexte urbain qui permet d'appréhender de nouvelles modalités de collaboration entre professionnels.

Pilotage du service santé

Le nouveau directeur de la santé s'est rapidement servi de la démarche pour communiquer dans son service, travailler sur un projet commun et lancer un nouveau mode de management transversal. A sa demande, une présentation des résultats des études en cours a été réalisée au CMS du centre-ville (2014) à l'attention des professionnels du service santé : personnels administratifs, médicaux et paramédicaux des CMS, coordinatrice ASV, etc. Le directeur voit les CMS comme des structures ressources pour développer un nouveau projet. Il ambitionne d'en faire des lieux de santé au-delà de leur seule fonction curative en s'appuyant sur plusieurs axes : le soin, la coordination et le projet de santé. L'approche géographique mettant en lien le contexte urbain et l'accès à la prévention constitue un support en adéquation avec la recherche d'une approche transversale des différentes missions du CMS.

Décloisonnement interservices

Le projet partenarial contribue aussi à articuler les agents entre différents services de la ville. Entre 2012 et 2016, la démarche a ouvert sur la mise en œuvre de nouvelles collaborations entre des professionnels qui n'avaient jusque lors pas été amenés être mobilisés sur des questions d'accès à la prévention et de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Ces nouveaux collaborateurs travaillent dans le pôle santé et solidarité (auquel le service santé est rattaché) ou en dehors du champ de la santé. Ainsi, la présence de l'étudiante sociologue réalisant une étude sur le dépistage dans deux quartiers prioritaires de la politique de la ville a contribué à une forme de décloisonnement entre services et entre acteurs sur le terrain. Dans ses quartiers d'étude, elle a pris attache avec des associations de quartier et a participé à des ateliers (ex. confection de nœuds roses pendant la campagne de communication sur le dépistage du cancer du sein, 2014) avec des femmes en âge de participer au dépistage. Par-là, elle a contribué à ouvrir un dialogue sur le dépistage du cancer du sein et la prévention en santé avec des structures non spécialisées. Ceci s'est traduit par l'intégration d'un questionnaire sur la santé dans le diagnostic de la maison de quartier de Joliot Curie, alors en cours. De son côté, le service politique de la ville soutenant cette recherche (mise en lien avec les partenaires de terrain) a participé à la réunion interne de restitution avec le service santé, amenant les acteurs à discuter les résultats présentés sur un territoire commun d'intervention. Le décloisonnement s'observe ici non plus par la seule production de connaissances, mais par la démarche engagée.

Renforcement de la démarche et ouverture thématique

En s'appropriant l'approche géographique en santé, les acteurs locaux souhaitent désormais la décliner sur d'autres sujets notamment sur l'obésité et l'activité physique qui leur semble être des thématiques où la transversalité entre services est plus intuitive et à ce titre peut-être plus aisée à établir que le dépistage. Appuyé par son service, le nouveau conseiller municipal délégué à la santé tente d'actionner ce levier. Il a souhaité la réalisation de nouvelles études relevant de la même approche mixte en géographie. Le dernier stage commandé par l'élu santé a été porté par le service des sports, dont le rôle ne s'est pas limité à faciliter l'accès au terrain. Ce service s'est impliqué jusque dans l'accompagnement de l'étudiant dans sa démarche de recherche (encadrement, participation à la soutenance académique). Ce travail, en nourrissant la réflexion sur le rééquilibrage de l'offre d'équipements sportifs de la ville devrait servir au portage du projet politique collaboratif interne à la ville (Ecole des sports) des quatre années de mandat à venir (2016 – 2020). Bien que cette démarche ait été initiée par le service santé, les collaborations seraient restées limitées sans s'étendre non plus à la politique de la ville. Certes l'inter-service est en marche, mais il n'est pas encore mis en œuvre dans sa forme la plus aboutie.

Conclusion

La territorialisation nécessite de contextualiser l'action. L'analyse des effets de la participation à la « Plateforme Géodépistage » sur le décloisonnement entre les acteurs (de l'échelle régionale jusque dans les services d'une commune) montre l'intérêt de ce type de démarche de co-production de connaissances pour renseigner ce contexte. Cette mise en commun d'acteurs concernés par l'action dans le domaine considéré autour de la production de connaissances est censée aider chacun à s'inscrire dans une dynamique d'action pertinente et potentiellement efficiente pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et faire augmenter la participation au dépistage.

En mettant autour de la table les acteurs territorialisés concernés par une même thématique, la plateforme a permis la création d'une ressource de méthode. Chaque acteur apporte de la matière (données du dépistage, pouvoir de légitimation institutionnelle, compétence technique, capacité financière, etc.) et partage un questionnement dont la finalité s'articule autour des inégalités de santé. Au fil du temps, par la co-production active, régulière d'un contenu utile à chacun, les acteurs se sont graduellement acculturés en créant des espaces de dialogue et des références communes qui n'existaient alors pas en 2011. Mais ouvrir « la boîte noire du contexte » implique également d'instruire une certaine complexité, où la montée en généralité devient difficile à mesure que les résultats s'affinent (articulation des échelles, questions spécifiques à certains acteurs, combinaisons de facteurs originales). Après plusieurs années, les structures de gestion et l'assurance maladie retirent des travaux menés dans les villes une vision aiguë de la complexité liée à la singularité des combinaisons locales de facteurs. Ceci représente une difficulté pour les acteurs qui ne peuvent dérouler une approche standardisée pour l'action. De cela émerge un nouveau besoin de connaissances pour hiérarchiser, organiser et synthétiser opérationnellement les résultats. Loin du découragement, le travail de capitalisation des diagnostics initié par les membres de la plateforme s'impose comme une tentative de dépasser cette complexité. Ce travail est une occasion de générer en commun une connaissance sur une thématique donnée et de renforcer les liens entre eux. Que ce soit au niveau plateforme ou dans la ville, la démarche réussit à mettre en avant une vision holistique des déterminants sociaux et territoriaux de la santé. Il est indéniable que la ville d'Argenteuil à travers ses services s'est saisie de la démarche sur son territoire par un processus de mobilisation itératif et par la production puis la co-production de connaissances ciblées. Aussi motivés et désireux soient-ils de saisir l'opportunité d'intégrer cette démarche dans le pilotage transversal de leurs services ou la mise en œuvre de leurs actions, les acteurs se retrouvent néanmoins confrontés à des limites. Le processus et la mise en mouvement sont réels, mais comme le souligne l'ancienne DGA d'Argenteuil, les résultats n'ont « pas vraiment été exploités en termes de politique publique ». L'actuelle DGA précise – dans ce sens – que « la santé est le parent pauvre des politiques locales ». Il lui apparaît essentiel qu'un travail d'acculturation est à mettre en œuvre à savoir changer de vision entre la santé hygiéniste et la santé comme « facteur de développement humain et richesse d'un territoire ». Selon elle, le travail de plaidoyer fait par des élus locaux comme celui qu'assure l'association ESPT, contribue à l'explicitation des enjeux de la santé au niveau local. La vision partagée, une fois communiquée auprès des élus prend sens et permet à ces derniers de s'en saisir. Les deux directrices décrivent un processus vertical de remontée d'information et de partage de vision de la santé auprès de leurs élus afin que celle-ci soit par la suite déclinée en politique publique. L'enjeu se situe ici dans la capacité des élus à se saisir de cette question et donc dans la possibilité des services à faire remonter cette connaissance.

Bibliographie

Clavier, C. (2011). Santé. In *Dictionnaire des politiques territoriales* (pp. 435 – 440). Paris: Les Presses de Sciences Po.

Gumuchian, H., Grasset, E., Lajarge, R., & Roux, E. (2003). *Les acteurs, ces oubliés du territoire* (Vols. 1–1). Paris, France: Anthropos : Economica (diff.).

Honta, M., & Haschar-Noé, N. (2011). Les politiques préventives de santé publique à l'épreuve de la territorialisation : l'introuvable gouvernance régionale du Programme national nutrition santé en Aquitaine. *Sciences sociales et santé*, Vol. 29(4), 33–62.

Institut National du Cancer. (2015). *Plan Cancer 2014-2019 - Guérir et prévenir les cancers: donnons les mêmes chances à tous, partout en France* (p. 210). Boulogne Billancourt: Institut National du Cancer. Retrieved from <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-20192>

Institut National Du Cancer. (2016). Le programme de dépistage organisé - Dépistage du cancer du sein. Retrieved June 6, 2016, from <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise#toc-les-acteurs-du-d-pistage>

Leclerc, A., Chastang, J.-F., Menvielle, G., & Luce, D. (2006). Socioeconomic inequalities in premature mortality in France: have they widened in recent decades? *Social Science & Medicine*, 62(8), 2035–2045.

Leclerc, A., Fassin, D., Lang, T., Kaminski, M., & Grandjean, H. (2000). *Les inégalités sociales de santé*. Paris: La Découverte INSERM.

Santé Publique France. (2015). Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2013-2014. Retrieved May 26, 2016, from <http://www.invs.sante.fr/fr./Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-sein/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2013-2014>

Santé Publique France. (2016). Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Retrieved May 26, 2016, from <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2013/Estimation-nationale-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-entre-1980-et-2012>

Torre, A., & Vollet, D. (2016). *Partenariats pour le développement territorial*. Versailles: Quae éditions.

Van de Ven, A., & Johnson, P. E. (2006). Knowledge for Theory and Practice. *Academy of Management Review*, 31(4), 802–821.

ⁱ Le terme « plateforme » est utilisé au fil du texte.

ⁱⁱ Master co-habilité par les universités Paris Nanterre (UPN) et Paris Est (UPE). Le master s'intitule « Géographie, Santé, Territoire, Environnement » jusqu'en 2014, il devient « Territoire, Villes et Santé ».

ⁱⁱⁱ Financement INCA 2012-2017. Appel-à-projets en Recherche Interventionnelle visant la réduction des inégalités sociales face au cancer.

^{iv} Le programme national de DOCS est placé sous l'autorité du ministère en charge de la Santé. Il est piloté par la Direction générale de la santé, en collaboration avec l'Institut National du Cancer qui est, notamment, en charge du suivi et de l'expertise. Son financement est assuré par le ministère de la Santé, l'assurance maladie et des collectivités locales. L'ex-InVS assure son évaluation épidémiologique (Institut National Du Cancer, 2016) .

^v Les mammographies sont financées par l'Assurance Maladie.

^{vi} Il y a donc huit SG en Ile de France.

^{vii} Sauf pour le Comité départemental des Cancers de Seine-Saint-Denis (CDC93) qui lui a un statut de Groupement d'Intérêt Public (GIP). Les financeurs principaux des SG sont l'Assurance Maladie (qui assure également les remboursements des radiographies et examens médicaux) et l'ARS. Dans certains cas, le Conseil Départemental peut choisir de soutenir la SG, en particulier pour sa communication, de même, l'INCa peut soutenir des projets de ces SG.

^{viii} C'est dans ce cadre que Population Santé en Val d'Oise (PSVO), la SG du Val d'Oise, a proposé d'étudier Argenteuil. La SG y avait mené des actions avec des acteurs du territoire. Sans connaître la réalité des disparités intra-communales de participation au DOCS, elle ne pouvait pas évaluer l'impact possible des actions.

^{ix} Il peut s'agir ensuite de villes présentant un taux global de participation au DO faible, de villes impliquées en matière de réduction des inégalités de santé, ayant signé un CLS et où se trouve un ASV partenaire déjà effectif ou potentiel pour une entrée sur le terrain pour mettre en œuvre des actions pro-dépistage ou encore de villes où des actions de prévention ont été menées par les SG mais sans dispositif d'évaluation chiffrée des inégalités d'accès au DO dans la ville.

^x Ilots Regroupés pour l'Information Statistique.

^{xi} Certaines SG sont financées jusqu'à 25% par leur conseil départemental en plus de l'assurance maladie et de l'ARS (source: entretien).

^{xii} Prix PEPS (Passion Enseignement et Pédagogie dans le Supérieur), 2016.

^{xiii} Le débat renvoie au problème des dépistages dits « faux » positifs à la suite desquels on peut décider d'enclencher des soins lourds –et coûteux- alors que la tumeur identifiée ne se serait pas développée, etc. L'ambiguïté réside dans le fait de ne pas savoir si la tumeur identifiée présente un fort risque de se développer ou pas. La controverse renvoie également aux effets délétères de la pratique de la radiographie

^{xiv} Colloque Dynamiques Urbaines et Enjeux Sanitaires avec PSVO, UPN, 2013.

^{xv} Séminaire ouvert, Laboratoire Ladyss, Université de Saint Denis, 2015.

^{xvi} Paris, 2015.

^{xvii} Aucune ville n'a jamais refusé de faire l'objet d'un diagnostic.

^{xviii} Ces analyses sont en cours de finalisation à ce jour et seront disponibles dans un rapport de recherche remis à l'INCA en février 2018. Contact : zoe.vaillant@u-paris10.fr.

^{xix} Par exemple : « est-ce que les habitants de quartiers socialement ou physiquement enclavés, isolés ou stigmatisés par rapport au reste de la ville avaient un moindre accès à l'information ou étaient moins sensibilisés à la prévention, au dépistage que les habitants résidant de quartiers mieux intégrés (physiquement, socialement, politiquement etc.) ? »

^{xx} En 2015, la ville a failli être placée sous tutelle de l'Etat.