



ACTES DE L'UNIVERSITE 2009

Château de Saint-Ouen, le 10 octobre

Pourquoi et comment construire un Contrat Local de Santé ?

Quels sont les acteurs locaux qui en seront et pourraient en être les acteurs ?

Les Contrats locaux de Santé seront-ils (peuvent-ils être) l'occasion de favoriser l'expression et l'implication des habitants, des usagers, des citoyens ?

Quelle sera la place accordée aux Contrats locaux de Santé dans les futures Agences Régionales de Santé ?

...

SOMMAIRE

Avertissement

I. Affiche annonce	p 4
II. Intervention introductive	p 6
III. Les textes intégraux des différents ateliers	p 9
IV. La synthèse des ateliers	p 32
V. La liste des participants	p 38
VI. Bibliographie indicative et textes de référence	p 39

ANNEXES

A1 : Les huit repères du SEPSAC	p 40
A2 : Présentation sur les CLS – Marc SCHOENE	p 41

Avertissement au lecteur

L'Université de l'Institut Renaudot, pour sa 13^{ème} édition, a réuni 60 participants, pendant 8 heures de discussion tenues essentiellement en trois ateliers...

La richesse des questionnements, expériences, propositions ne saurait se résumer dans les prises de notes rassemblées dans ces Actes...

Le choix d'éviter d'attribuer à tel ou tel participant des propos approximatifs, voire inexacts, et d'en rester à l'essentiel des échanges, les noms des intervenants n'est pas mentionné.

Les points forts des trois ateliers sont présentés après les retranscriptions intégrales.

Une synthèse reprenant les principales idées, triées par thématiques, et pouvant aider aux réflexions et initiatives prochaines sur les Contrats Locaux de Santé clôt ces Actes.

L'envie a été exprimée par nombre de participants de prolonger l'Université 2009, tant sur le terrain, que sous des formes diverses ; un groupe de travail auprès de l'Institut Renaudot est en cours de construction... Il s'agit, pour l'Institut, de ne pas conclure sur ce sujet mal défini.

L'équipe de l'Institut

I. Affiche annonce

« **L'Université d'été de l' INSTITUT RENAUDOT** »

Samedi 10 octobre 2009

o o o o o o o

Le Contrat local de santé :

un nouvel objet de santé publique encore mal identifié ?

Pourquoi et comment construire un Contrat Local de Santé ?

Depuis 1993 et tous les deux ans, les Universités d'été de l'Institut Renaudot constituent un rendez-vous, pour la réflexion, les échanges et les débats sur les nombreux questionnements qui traversent les secteurs de l'action sociale et de la santé sur des thèmes d'actualité.

L'objectif est de mettre à disposition des membres du Conseil d'Administration, des adhérents, du réseau des partenaires de l'Institut Renaudot et d'autres acteurs : usagers, professionnels, élus, institutionnels,..., un cadre d'échange, de débat et de réflexion leur permettant de « s'informer, comprendre, débattre... pour mieux se positionner dans leurs pratiques ».

La loi « Hôpital, patient, santé et territoire » a acté le principe de Contrats Locaux de Santé. Dans le cadre de son projet biennal « démarches communautaires en santé et actions locales » l'Institut Renaudot vous propose cette année de traiter de ce « nouvel objet » de santé publique proposé : **le Contrat Local de Santé**. Mieux connaître et comprendre ce nouveau dispositif et partager ensemble sur les premières expériences déjà engagées...

De nombreuses questions mériteront d'être posées et débattues lors de l'Université 2009 en plénière et en ateliers avec pour objectif de contribuer, avec les participants, à la promotion locale des pratiques communautaires en santé.

- Quels sont ou quels pourraient être les objectifs d'un Contrat local de Santé ?
- Quels contenus pour les Contrat local de Santé ?
- Sur quel territoire ? un portage communal ? intercommunal ? à partir d'un découpage des territoires de santé ? limités aux territoires de la Politique de la Ville ?
- Quelle complémentarité / différences / points communs/prolongements avec les Ateliers Santé Ville ? (certaines communes ont d'ores et déjà reçu des demandes des préfectures pour engager des diagnostics préalables à la signature d'un Contrat local de Santé. Comment partir de l'expérience des ASV pour que ces nouveaux diagnostics soient l'occasion d'une

mobilisation plus forte de l'ensemble des acteurs des territoires et non uniquement une image des besoins et ressources du territoire ?)

- Quels sont ou pourraient être les limites et les risques potentiels des contrats locaux ?
- Quelle application de démarche communautaire dans la construction et la mise en œuvre d'un contrat local de santé ?
- Quels sont les acteurs locaux qui en seront et pourraient en être les acteurs ?
- Les Contrat local de Santé seront-ils (peuvent-ils être) l'occasion de favoriser l'expression, voire l'implication des habitants, des usagers, des citoyens ?
- Quelle sera la place accordée aux Contrat local de Santé dans les futures Agences Régionales de Santé ?

Une journée que l'Institut Renaudot souhaite largement ouverte :

- aux militants associatifs,
- aux élus,
- aux professionnels de la santé
- aux professionnels des champs du social, de l'urbanisme, de l'éducation, de la jeunesse...

Lieu des travaux : Château de Saint-Ouen

12, Rue Albert Dhalenne

93400 SAINT-OUEN

Accueil à partir de 8h45 - Début des travaux 9h30 / Fin des travaux 18h

Repas libre

Coût d'inscription 25 €

Inscrivez-vous : par téléphone : 01.48.06.67.32

par courriel : contact@institut-renaudot.fr

par courrier postal : Institut Renaudot 20, rue Gerbier 75011 Paris

II. Intervention introductive

Madame, Mademoiselle, Monsieur, Chers Amis,

Bonjour et bienvenue à notre 13^{ème} Université,

Depuis 1993, et tous les deux ans, les Universités de l'Institut Renaudot sont un rendez-vous pour la réflexion, les échanges et les débats sur un sujet qui questionne l'actualité de la promotion de la santé. Un moment privilégié pour essayer de mieux connaître, mieux comprendre, pour mieux agir en démarche communautaire et santé locale.

L'Institut Renaudot s'est impliqué dès sa création dans la valorisation, la promotion de la santé au niveau local comme ses quelques productions le rappelle :

- le rapport « la santé dans les villes de plus de 30.000 habitants » avec l'association Resscomm (1996)
- la participation au groupe de travail du Comité National des Villes (2000) qui recommandait alors d'aller jusqu'à des ... « contrats locaux de santé » ! Ce furent d'abord les ASV
- 2005 – L'Institut réalise un rapport pour la Direction Générale de la Santé: « quelle place, quel rôle et quelle organisation du « local » dans le nouveau paysage de la santé publique ? »
- ce sont depuis plusieurs années les activités d'accompagnement, de diagnostic, de formations avec associations, professionnels, élus, coordonnateurs d'ASV...
- 2009/2010 : l'Institut décide de consacrer l'ensemble de ses activités sur un thème principal qui est : « démarches communautaires et actions locales de santé »

Nous entrons dans un nouveau paysage de santé marqué par la loi HPST, la mise en place des Agences Régionales de Santé avec la structuration au niveau régional de la politique de santé de l'Etat.

Au Québec, le récent congrès de la Société Française de santé publique l'a opportunément rappelé, ce sont trois niveaux, national, régional, et local (avec les C3S) qui constituent le système de santé.

En France la structuration des niveaux infra-régionaux a connu plusieurs fluctuations historiques:

Aujourd'hui la DDASS, échelon départemental des services de l'Etat, et les services prévention-santé des Conseils Généraux constituent les services liés aux compétences réglementaires de l'Etat et des Conseils Généraux.

La ville et la santé constituent un couple marqué de hauts et de bas ! Les municipalités étaient très investies en hygiène publique et médecine sociale à la fin du 19^e et début du 20^e... puis leur retrait de ce domaine a été progressif ; un coup de frein a même suivi les lois de décentralisation de 1983. En dehors d'un faible nombre de villes très engagées en santé, la relance de l'investissement en santé des villes s'est timidement faite aux époques sida, toxicomanie, RMI, renforcée avec la Politique de la Ville (DSU, DSQ, contrat de ville), et un net coup d'accélérateur a été donné avec la circulaire de juin 2000 sur les ASV ; ASV issus – il est intéressant de le rappeler - du constat de l'insuffisante implication des villes en santé dans les contrats de ville.

Des formes variables d'intervention en santé selon les villes : pour le plus grand nombre d'entre elles non intervenantes en santé, ou limitées aux subventions aux associations ou fonction représentative des élus, d'autres villes ont des élus santé, des services ou des directions santé ; environ 250 disposent d'un service communal et de santé, enfin Sont dotés d'un Atelier Santé Ville. ... adhèrent au réseau Villes-Santé initié par l'Organisation Mondiale de la Santé.

L'idée de « Contrat Local de Santé a précédé les ASV ; j'évoque ici mon souvenir du dynamique groupe de travail santé du Conseil National des Villes qui avait souhaité à l'instar des Contrat Local de sécurité que se crée des CLS dans les villes. Il convient enfin de rappeler que des plans territoriaux de santé, des contrats territoriaux de santé ont vu le jour dans certaines régions depuis longtemps déjà...

Les contrats locaux nous apparaissent comme répondant à des enjeux majeurs des CLS. Un enjeu pour l'Etat pour qu'avec les CLS une politique et des actions de promotion de la santé et de santé publique puissent se mettre en œuvre sur le terrain. Un enjeu pour les divers acteurs locaux pour qu'ils puissent dans le cadre des CLS mettre en œuvre une politique et des actions de promotion de la santé et de santé publique correspondant aux besoins des populations et conformes à leurs attentes. Enfin et surtout un enjeu pour les citoyens, pour lesquels les CLS doivent pouvoir contribuer au renforcement de la démocratie sanitaire et répondre à leurs besoins de santé.

L'enjeu des contrats locaux de santé est bien de permettre une meilleure organisation locale de la promotion de la santé et de la santé publique... et donc bien au-delà du seul prolongement (certes nécessaire) des ASV.

Mais parce qu'ils peuvent être considérés comme enjeu majeur en santé locale, la création législative suscitent de nombreuses questions et notamment celles-ci :

- quel périmètre géographique : le territoire : pays, commune, communauté de communes, territoire ex-SROS ?
- quelles relations avec plan territorial de santé
- quelles flèches : du haut vers le bas ? du bas vers le haut ? dans les deux sens ?
- quel(s) contractant(s) ?
- quel contenu (des incontournables des CLS : réduction des inégalités en santé, offre de soins accessibles ...) : simple déclinaison des PRS ou PTS ou contractualisation d'un Programme local de santé
- comment construire le CLS sur le terrain : avec qui... ; et la manière de bâtir
- quels services, quels professionnels, quelles compétences pour piloter l'élaboration et la mise en œuvre des CLS ?
- les pères de la santé communautaire, aide à la co-construction des CLS ?

C'est du fait de son engagement sur la question de la santé locale et de son développement intégrant les démarches communautaires, et le contexte nouveau créé par l'arrivée prochaine des CLS que nous avons choisi le thème de l'Université 2009 avec pour objectifs de :

- faire le point de ce que l'on sait (peu) aujourd'hui sur les CLS, des initiatives engagées, de l'expérience acquise par les ASV...
- travailler avec les participants – à partir d'une série de questions – sur ce qu'ils attendent, pensent de ce que devraient être les contours, les contenus, l'organisation des CLS ;
- pouvoir aboutir à l'issue de la journée à des propositions à soumettre à tous ceux

qui sont concernés par les futurs CLS. Produire à la fin de cette Université, de la matière sur organisation, méthodologie et contenu, et le restituer à chacun d'entre vous et de le diffuser et largement ;

- proposer de poursuivre de façon coordonnée, partagée, la réflexion et le portage du projet de CLS.

Ce n'est pas l'Institut Renaudot qui aura à dire ce que seront les prochains contrats locaux de santé mais nous mesurons l'intérêt de contribuer en se rencontrant, en s'appuyant sur pratiques, réflexions, attentes de chacun, de faire ensemble des constats, élaborer des propositions...

L'intérêt aussi est de savoir comment se construisent les textes d'application relatifs aux CLS ; si les élus, les associations, les professionnels sont ou seront associés.

Marc Schoene – 10 octobre 2009

III. Les textes intégraux des différents ateliers

Trois ateliers ont été constitués et ont échangé tout au long de la journée avec, comme fil rouge, les questions suivantes :

1. la question de la méthode ;
2. la question de l'organisation : quels acteurs, quelles articulations avec les dispositifs existants, quels moyens ;
3. la question du contenu.

La restitution du travail des ateliers s'est faite, en fin de journée, en plénière.

ATELIER n°1 : « PIANO »

Animateur : Marc SCHOENE, rapporteur : Rodolphe VIAULT

TOUR DE TABLE DES PARTICIPANTS

1. Assistante sociale CRAMIF, travaille sur la question de l'accès à la santé, ne dispose pas d'informations sur les Contrats locaux de santé, aucune réflexion engagée sur les CLS, est en relation avec le pôle prévention éducation pour la santé ;

2. Chargée de mission Politique de la Ville, pays et quartiers d'aquitaine, milieu rural et urbain, certaines communes sont en ASV, d'autres hésitent à entrer en ASV ; des communes s'interrogent : faut-il aller plutôt vers CLS maintenant ?

Le problème majeur auquel les communes sont confrontées est celui de la désertification médicale. Confrontées aussi aux problématiques de santé mentale.

Des pays voient la santé de façon très négative. Comment accompagner ces pays sur la santé notamment en milieu rural ? Quelles incitations développer pour mettre en œuvre une politique de santé, question de la valorisation des actions entreprise, démarche positive et non seulement subie,

3. Responsable santé publique, Saint-Etienne, coordinateur asv, groupe coordinateurs ASV Rhône Alpes, valorisation, interpellation de Mme RICHARD (SG-CIV) sur nécessité de travailler sur les CLS, interpellation de l'état au niveau local (préfecture, DDASS,...).

4. Directeur santé ville de Montreuil, question de la solidarité, personnes âgées, ASV depuis 2002, saturnisme, handicap, rien fait encore sur les CLS mais expérience du partenariat, de la coordination, construction en cours d'un programme local de santé publique, adaptation des outils, limite du travail partenarial. Intention de se rapprocher des libéraux, du CHI, des associations.

5. DDASS Bobigny, services vaccination, environnement santé, partenariat, CMS, diagnostic ASV fait par l'Institut, petite enfance, personnes âgées, centre polyvalent, reconnaissance institutionnel, désertification, question de la culture en promotion de la santé,

6. Directrice d'une association communautaire Santé Bien Etre au Franc Moisin à Saint Denis, projet de maison de santé, se demande quelle place auront les associations dans les futurs CLS. Ils sont engagés sur un projet de Maison de santé de proximité.

7. Directeur de la santé, Champigny sur Marne, CLS : questions : périmètre, pilotage, articulation ville, ASV, jeunes impliqués dans la santé publique et la place des soins. Réflexion entamée, l'ASV est un point d'appui, également l'OLS dont nous disposons.

Des questions se posent :

- quel mode de contractualisation prévu ?
- quelle sera la légitimité de la ville auprès des divers acteurs ?
- quelle marge de manoeuvre avec l'ARS ? quelle capacité de négociation de la ville ?
- quelle marge de manoeuvre pour les initiatives et besoins locaux face aux fiches-actions trop précises et trop cadrées ?
- Ne garde-t-on que les territoires ASV ou toute la ville ?
- Quelles missions dans un CLS : médico-social ?
- le CLS pourra-t-il être – et comment - un levier d'une politique de promotion de la santé au niveau local ? Il faudra pouvoir saisir les autres secteurs (qui contribuent à la santé)

8. Service prévention santé, Nanterre, interrogations mais envie, engagement municipal sur les CLS, lien mairie/préfecture sur ce projet de mise en place, incertitudes, modes de contractualisation ars/ville, marges de négociation, quelles priorités, articulation avec le diagnostic local, antériorité du GRSP malheureuse, question des ZUS et politique de la ville / CLS, missions et pilotage interne (/ccass, mission handicap,...).

9. Chef de projet santé, ville de Reims, 2 ASV sur 2 quartiers, question de l'élargissement. Par rapport au CLS, pas beaucoup d'informations, question de l'articulation avec le volet santé du cucs, quel positionnement de la ville, souligne l'importance de développer une politique globale cohérente (et pas seulement sur les territoires prioritaire de la politique de la ville). Avec la DDASS, le CLS est surtout envisagé comme reprenant les actions santé du CUCS.

10. Adjointe à la maire de Reims, la santé n'est pas que l'accès aux soins, questions sur le logement, sur souffrance psychique, pose le problème des moyens, de la gouvernance dans les CLS. Ils sont volontaires mais n'ont aucune visibilité.

11. DGS, appui aux projets de santé, question de la programmation locale de santé publique, accompagnement ASV, intérêt participatif et transversal, thématiques, territoires de santé (de proximité) relève de l'ARS suppose la compréhension des besoins de santé et capacité à y répondre, lien entre ARS et CUCS (dont volet santé), stratégie entre action publique et action en

12. Chargé de mission santé ville de Beson, pas d'ASV, quelques financements du GRSP et budget communal.

13. Chargé de mission au service municipal de santé publique de Amiens, pas de réflexion mais volontaire, projet de programme local de santé, diagnostic Etat, Assurance Maladie, Conseil Général en préparation pour les CLS.

14. Elue à Villejuif, adjointe au Maire à la Santé, réflexion sur un projet global de santé, ville hospitalière CMS, centre dentaire, maison des parents, mais pas de politique globale notamment dans le pilotage, pas de direction de santé, quelle forme, quel partenariat, quel financement, ville endettée, question du terme, problème de cohérence, de coordination, visibilité, l'observatoire local de santé d'abord.

15. Coordinatrice ASV, Gennevilliers, réflexion sur le nouveau CUCS, diagnostic ASV réalisé, la question des CLS n'est pas encore abordée.

16. Coordinatrice ASV Dijon, Ville-Santé, créé en 2009, politique de santé, 2 quartiers prioritaires, diagnostic en cours, plan territorial de santé à suivre, questions sur périmètre, contenu, gouvernance des CLS, question de l'articulation politique de la ville.

17. Chargée de mission ASV Saint Fons, près de Lyon, premier diagnostic en 1999, réactualisation, réflexion sur futur plan local de santé, question sur les moyens, pas de service de santé, quels moyens ? « je suis seule, sans service de santé... », est-ce que le travail avec les habitants, le partenariat initiés par la cohésion sociale seront poursuivis avec le CLS ?

18. Médecin, Saint-Quentin en Yvelines, question de l'intercommunalité, disparité territoriales fortes, diagnostic fait, très optimiste, mais problème de coordination entre les « services », culture à impulser du « travailler avec », focus sur « santé des jeunes de 11 à 30 ans », Commission santé intercommunale, projet de mise en place d'un plan local de santé, l'agglomération n'a pas de compétence légale, question du territoire pertinent, population vulnérable, vieillissement des populations

19. Chargée de projet ville de Valence.

DISCUSSION / ECHANGES

1^{er} axe : le territoire, l'organisation...

Ce sont les mêmes questions qui sont posées par les différents participants du groupe.

La dynamique des 10-15 dernières années était structurée autour de l'existence d'une politique de la ville au sein de laquelle peu d'actions sont menées dans le champ de la santé. Les CLS peuvent être une nouvelle étape de la construction locale en matière de santé alors qu'auparavant les villes n'avaient pas de compétence et donc pas de légitimité en santé.

Question du territoire : il faut poser les objectifs « réduction des inégalités sociales et territorial de santé » ou « aménagement du territoire, maintien de service public », ce qui induit deux systèmes différents : l'allocation symétrique ou asymétrique des moyens.

Importance de la proximité.

Les territoires prioritaires ne sont pas pertinents : « la souffrance psychique ça touche tout le monde », même si certaines questions particulièrement aiguës dans certains quartiers, niveau pertinent de la communauté d'agglomération.

Les CLS doivent dépendre de la taille de la ville, de l'historique, de l'existence d'un service santé existant et structuré, montage de plusieurs ASV sur l'agglomération mais pas dans les mêmes temps, la santé représente un enjeu politique et donc est complexe en soi.

L'agglomération a des compétences obligatoires et optionnelles : que faire si la santé n'a pas été retenue comme compétence optionnelle, les populations peuvent être mobiles (CMS), la réflexion doit être intercommunale, importance de la complémentarités de ressources, implique de fait un transfert de compétence de l'état sur les collectivités locales.

Importance de la répartition des compétence : l'agglomération a une compétence obligatoire sur la politique de la ville, organisation concerne non seulement l'offre de soin, mais aussi le secteur médico-social, la promotion de la santé. Ceci suppose une réflexion large sur les besoins et les ressources.

La loi HPST délimite 5 champs d'action. Les territoires seront-ils différents ou les mêmes ? On ne devrait plus avoir – après la loi – les seuls territoires du soin. Il faut donc des territoires plus globaux : soins, prévention, médico-social

Il y a aussi le territoire des acteurs : Réseaux de santé, Groupements de Coopération Sanitaire, Hôpital...

La communauté d'agglomération apparaît pertinente mais il existe des problèmes de santé infra communaux.

Territoire d'action / de projet, de gouvernance (ville par direction de santé), problème hôpital (6 communes). Inclusion de la ville et de l'hôpital dans le CLS. Les CLS doivent se caler sur les territoires de gouvernance.

Il n'y a pas de notion univoque sur la question du territoire, mais la peur qu'une solution univoque soit retenue, nécessité d'une réflexion au cas par cas. Qu'est ce qu'on veut comme principe de construction du territoire ?

Le CLS doit pouvoir évoluer dans le temps et dans l'espace.

Les territoires ont aussi des questions communes comme le problème de la démographie médicale qui nécessite un travail sur l'offre de soin mais aussi sur des champs annexes comme les transports qui dépendent des agglomérations/

Il faut tenir compte des actions déjà entreprises, de la gouvernance déjà sollicitée (mairie, élus locaux, misp...). Il faut penser le territoire de projet pour une collectivité et non seulement en terme de santé.

On ne peut pas avoir un CLS communal sans une réflexion intercommunale.

2^{ème} axe : la gouvernance...

Qui contracte ? Rôle des élus locaux, forcément une collectivité signataire du CLS.

Il y a une légitimité de l'élu local mais cela implique deux dangers possibles :

- celui de renvoyer aux Maires la responsabilité sur tous les déterminants de la santé ;
- et celui des moyens insuffisants ; s'il y a contrat, il devrait y avoir reconnaissance des moyens nécessaires

Il faudra donner aux élus des signes de crédibilité et de confiance pour qu'ils investissent les CLS. Un point doit être fait sur les financements et sur leur pérennité.

Comment penser le co-pilotage ? Entre quels partenaires ?

La loi HPST est une déclinaison de la politique territoriale de l'Etat, il s'agit d'assurer cohérence entre une politique descendante et une logique contractuelle locale de ré-interroger les dispositifs et les pratiques et de les réactualiser.

Quelle place pour la cohésion sociale dans les contrats locaux de santé ?

Il y a déjà une réponse déjà existante : le CUCS. Il faut repartir des besoins de santé des populations, construire des territoires pertinents et des priorités, contractualiser au niveau local.

Il est difficile de rendre lisible la gouvernance et les priorités. Sans cela, il y a un risque de difficulté à impulser des projets locaux et à rendre légitime l'action locale.

En Bretagne les actions sont portées par les pays sur la base d'une organisation intercommunale, ce modèle n'est pas transposable à l'Île de France.

Composition d'un **comité de pilotage** du contrat local de santé ?

- CG94 sur les PMI, handicap, personnes âgées : tri par thématique,
- Citoyens habitants, associations,
- Education nationale
- Secteur de psychiatrie
- Etat : ARS
- CPAM
- hôpital
- ville / agglomération
- libéraux

Ce comité de pilotage aurait un rôle politique, décisionnel mais qui signe in fine ? Question des co-signataires, co-financeurs, à quelle hauteur. Qui s'engage ? Il peut y avoir un lieu de construction du projet local de santé et un lieu de la contractualisation (qui signe avec l'ars, qui assure la mise en œuvre). Ce comité de pilotage doit être un lieu d'élaboration partenarial, de critique constructive.

Ne pas confondre le comité de pilotage et les comités techniques.

La question de la légitimité du contractant est importante à poser. Si ce n'est pas l'élu local, ce sera à l'ARS de faire émerger d'autres opérateurs... Si on souhaite une pérennité de l'action locale, il paraît nécessaire que l'élu local soit signataire du CLS.

Problème de sollicitation excessive des partenaires (ASV, CLS...). De même, s'il y a trop de partenaires dans le comité de pilotage, il y a un risque d'immobilisme et de découragement des partenaires et notamment des habitants.

L'approche thématique peut fonctionner auprès des partenaires dans la mesure où il s'agit par suite de mener des actions concrètes.

Il ne faut pas oublier les libéraux qui par leurs regroupements ou à titre individuel sont partie prenante de la négociation (locaux, maisons de santé,...).

3^{ème} axe : le contenu des CLS...

Il doit partir des besoins, s'appuyer sur la politique municipale de santé.

Il convient de faire précéder le plan local (et donc le CLS) d'un diagnostic local de santé (pré-requis) qui sur nombre de points devrait rejoindre le diagnostic fait au niveau régional. Il faut croiser les diagnostics et les regards des différents niveaux. C'est sans doute le moment pour faire remonter les diagnostics locaux.

Il conviendra de reconnaître les actions déjà entreprises, et engagées.

RESTITUTION EN PLENIERE (ATELIER « PIANO »)

LE TERRITOIRE / L'ORGANISATION / LA GOUVERNANCE

- objectif affiché de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et donc suppose l'allocation asymétrique des moyens sur les territoires
- pas de solution univoque, simpliste, travail local au cas par cas
- doit tenir compte de l'histoire, de la structuration locale de santé, des ressources en santé, des besoins de santé
- doit tenir compte des compétences de chaque collectivité (ville, agglomération) et reconnaître les actions déjà entreprises (promotion de la santé, premier recours...)
- le rôle important des élus locaux qui doivent être partie prenante : attention au transfert de compétences « sauvage » c'est-à-dire sans contrepartie financière (risque) / ils peuvent être garants d'une certaine pérennité / légitimité des dispositifs.
- impact favorable des autres politiques sur la santé (réflexion globale sur les déterminants de santé)

CONTENU

- principe directeur : répondre aux besoins de santé des populations
- comment définir les priorités de santé, qui fait, comment ? quelle faisabilité ? quel diagnostic, quel partenariat ? Articulation avec les priorités de santé de la municipalité
=> nécessité de croiser les diagnostics existants et les regards au niveau régional et au niveau local
- question importante du calendrier : ars pas en place, schéma de prévention, nouvelle loi de santé publique en 2011 (resserrement des priorités régionales) => il est urgent d'attendre pour arrêter un cls mais il faut faire remonter les diagnostics en place
- inscrire la construction des projets locaux de santé dans le champ plus large de la démocratie de proximité (la santé est un levier de la démocratie participative)

METHODES ET MOYENS

- quel financement, quelle articulation avec les dispositifs existants ?
- comment faire un diagnostic : données quanti de la cpam (ou ORS), volet qualitatif, analyse des besoins sociaux du ccas, participatif large, avec les habitants, => aboutir à des propositions communes, à des priorités
- importance des démarches communautaires
- qui élabore et valide le projet local de santé

Comité de pilotage efficace

- composition : institutions (etat-ars, cg, ville-agglomération, éducation nationale...)
- professionnels de santé et institution spécifiques santé : hôpital, libéraux, psychiatrie, CPAM,
- habitants : quelle représentation ? association thématique,...

Ne pas confondre avec les comités techniques (qui traitent des thématiques) // besoin de mise en cohérence des actions pour éviter les sur-sollicitations sclérosées

ATELIER n°2 : « CLAVECIN »

Animateur : Philippe LEFEVRE, rapporteur : Mathieu GUIBERT

TOUR DE TABLE DES PARTICIPANTS

CODES de la Loire : travail pour créer des dynamiques de santé, mobiliser les élus, en cours d'élaboration d'un plan local de santé et de réflexion sur les CLS, pour mieux situer la place des élus.

CODES des Yvelines : sur certaines communes il y a beaucoup de questions sur le lien entre CLS et ASV.

Paris (DASES / ASV) : 4 ASV à Paris, 2 en cours. Si la question du CLS est posée, il n'y a pas encore de débat à son sujet.

DRASS Guyane, 5 ASV en Guyane dans les zones urbaines. Je viens chercher de l'information. Pour nous la question des CLS se pose en terme de référents locaux ; on voudrait pouvoir poser ces CLS sur des régions qui n'ont pas d'ASV.

Amiens, assistante sociale, on fait partie du comité d'élus qui a donné son feu vert sur la ville d'Amiens. Comment articuler CLS et ARS ; nous, en pôle social, nous sommes en première ligne.

Paris 18^{ème}, conseil local de santé mentale : accompagne un groupe d'usagers de la santé mentale vers plus d'autonomie.

ASV de Grigny, ASV qui a 18 mois d'existence. Je n'ai pas encore pu mettre le sujet des CLS en discussion avec tous les partenaires. J'identifie d'abord des freins : qu'est-ce que la ville a à perdre ?

Villiers le bel, coordinateur ASV, on est en train de mettre en place un comité technique, il y a beaucoup de questions des élus sur les ASV et l'articulation avec les CLS.

DISCUSSION / ECHANGES

1^{er} axe : Comment avez-vous commencé à travailler sur le CLS ?

A Amiens, il y a eu un diagnostic partagé, avec un Comité de pilotage et un ASV a été mis en place sur 3 quartiers ZUS l'an dernier par le biais d'une association qui faisait une action dans le cadre du dépistage du cancer du sein.

Actuellement on est train de travailler avec différents directeurs du CUCS. Périmètre : 3 zones urbaines sensibles de la ville d'Amiens. Le comité technique rassemble CPAM, CG et ville, on a travaillé en inter institutionnel Le diagnostic territorial est en train d'être finalisé.

Concernant les CLS ? On s'est posé la question : comment ensemble on va pouvoir élaborer par rapport aux outils qu'on a déjà. L'objectif c'était un contrat avec la ville ou l'agglomération, et pas forcément par rapport à un public prioritaire.

J'ai une question, je comprends que le portage soit inter-institutionnel. Mais est-ce que les acteurs et les habitants en font partie ?

Oui, on retransmet le diagnostic aux habitants, c'est un diagnostic partagé. On a déjà un plan local qui s'est basé sur une étude épidémiologique en Picardie. Le plan a été élaboré

entre trois parties : Etat, Ville et Conseil Général. L'ASV a pu naître grâce au portage d'une association où la population était vraiment acteur en santé communautaire.

Qu'est-ce que vous appelez diagnostic partagé ? C'est une enquête qui a été réalisée auprès d'un public de professionnels et d'habitants ? Les habitants ont-ils participé à faire le formulaire ou y ont-ils seulement répondu ?

Les habitants, on va les associer à monter les projets après.

Sur l'ASV où je travaille, j'ai été recruté en aval du diagnostic ; ce qui a été possible de faire, c'est un diagnostic seulement avec les professionnels. Et pour la suite, c'est bancal, parce qu'on n'a toujours l'avis que des professionnels ! C'est lié à la démocratie et au pouvoir. Faire de la place aux habitants, c'est enlever la place à quelqu'un d'autre. C'est au cœur de la qualité et de la consistance de ce que l'on fait.

L'intérêt des ASV, c'est aussi de montrer les besoins des habitants.

L'ASV s'inscrit dans une dynamique avec l'ensemble des acteurs avec, dans un premier temps, un diagnostic participatif, avec tous les acteurs y compris les habitants, pour donner lieu à des propositions d'action, à des priorités validées au cours d'une Conférence locale de santé, à un programme qui fait l'objet d'un plan local de santé, qui lui-même peut s'inscrire dans un CLS. C'est pour cela qu'ici il y a beaucoup d'ASV qui peuvent être au cœur des prochains CLS car ils sont déjà inscrits dans une dynamique d'acteurs de santé locale.

Il y a quelque chose qui me gêne : on intègre les habitants mais on les intègre comment ? Nous franchement, on rame, et je me demande comment vous faites ? Je ne comprends pas.

Nous concrètement à Saint-Denis c'est la première conférence locale de santé qui a permis d'associer les habitants. La CLS c'est un lieu où on valide et réactualise le diagnostic. Mais intégrer les habitants dans un comité de pilotage ou un comité technique c'est plus compliqué.

Les 24 ASV PACA se réunissent régulièrement ; on commence à avoir une bonne connaissance de ce que font les autres. Sur la participation des habitants ça se fait de façon très différente. Parfois des questionnaires, parfois sur du plus long terme. A Marseille, on l'a fait de deux façons : conseil de vie sociale où on a laissé un groupe de volontaires parler de bien-être, de citoyenneté et de santé. Au bout de dix séances, les habitants ont noué des solidarités entre eux. Plus récemment, on a eu un financement du haut commissariat, et dans des quartiers on a pris le temps d'animer des assemblées plénières où 138 habitants sont venus parler de santé ; le plus dur c'est de maintenir l'adhésion des habitants. Pour animer on a fait appel à une association : l'Université du Citoyen.

Aller sur le terrain des habitants plutôt que de leur demander d'aller sur le nôtre. Souvent les habitants ont des modes d'être ensemble qui nous échappent.

Je crois qu'il y a un malentendu sur l'esprit de la loi ; ce n'est pas obliger les habitants à participer, c'est une invitation à participer. Par ailleurs, il ne suffit pas de décréter qu'on est dans un partage de pouvoir pour que cela soit une réalité.

Quand on a des outils qui ne sont pas accessibles à tous, on est dans un partage de pouvoir qui n'est pas possible. Cela nous invite à réfléchir aux modalités sur lesquelles on fonde la communication.

Moi je pense qu'il y a toujours un préalable c'est que les institutionnels ne parlent pas du pouvoir entre eux.

Pour moi un deuxième préalable c'est de préserver l'avenir des associations en prévention de la santé. On est poussé à une fusion des budgets sur des grosses associations au détriment d'autres associations qui sont plus sur des politiques locales. J'appelle ça le darwinisme administratif.

On ne va pas faire aujourd'hui le procès des institutions ! Mais on se retrouve dans des situations où c'est le magique qui doit intervenir parce que, quand on nous invite à nous présenter face à une institution comme le GRSP, ça débouche sur du désespoir, parce qu'on fait miroiter des modalités de travail, et quand on a le cahier des charges, on nous dit que ce n'est plus possible.

Sur la mobilisation des habitants c'est vraiment un travail du quotidien.

Nous aussi sur Montreuil, on a beaucoup de mal à sortir de la question de l'accès aux soins. C'est un travail sur nous.

Sur les pôles de ressources, c'est surtout pour qu'on puisse aider ces petites associations

Tout ce qu'on est en train de dire là, moi je vois une association directe avec les habitants, avec toutes les difficultés que les associations, qui travaillent sur les déterminants sociaux de santé, ont pour avoir des financements. Dans le comité technique de la DASS, quand on demande pourquoi les associations n'ont pas été financées, on nous dit : non ce n'est pas de l'accès aux soins.

Il y a des pôles de compétences avec les CODES pour former les associations, également sur comment demander des sous. Les associations avec qui on travaille en PACA n'ont pas d'argent. Le GRSP a dépensé des sous pour des actions sur la nutrition, mais les associations qui avaient des actions en santé qui ont amélioré leur méthodologie de projet, ne sont plus financées car pénurie des moyens.

Concernant les CLS : qu'est-ce qu'on fera quand on aura des beaux cadres et qu'on aura pas d'argent derrière ? Cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas travailler sur les CLS, parce que le pouvoir il se conquiert, il ne faut pas attendre qu'on nous le donne. Il faut qu'on passe de l'intention à la pratique.

En Rhône Alpes on est confronté à une diminution des budgets. Mais on est un peu le nez dans le guidon. Prévention et promotion de la santé en terme d'empreinte budgétaire en France c'est rien du tout. On rétrécit le gâteau et les gens, au lieu de dire pourquoi le gâteau est trop petit, ils se battent pour ce qu'il reste du gâteau ! La DASS m'a demandé : qu'est ce que vous voudriez ? J'ai dit pas grand chose, je demande l'équivalent d'une journée d'hospitalisation pour l'année, on m'a dit vous êtes fous.

Le CRESIF d'île de France est aujourd'hui en cessation de paiement.

Le problème n'est pas tant la pénurie que les choix qui sont faits sur les fonds qui restent. Les choix qui sont faits, c'est de financer les grosses associations qui font du copier coller. Je pense que là il y a un choix.

Je crois que les enjeux du CLS c'est un peu tout cela : Comment va-t-on impliquer l'ensemble des acteurs ? On s'aperçoit que dans certains ASV, pour avoir de l'argent, ils proposent des actions avant qu'elles n'aient été validées comme priorités par les habitants pour avoir de l'argent. La démarche communautaire ce n'est pas forcément de mettre tout le monde et tout de suite en même temps (cf. ce qu'on a fait à Evry avec le réseau de santé mentale où les habitants sont arrivés dans un second temps). Et là c'est la question du

temps qui est posée, et derrière la question de l'argent. Cette question du temps est un des problèmes fondamentaux en santé communautaire.

Je vais être provocateur, mais ce manque de fric ne peut-il pas être aussi une opportunité ? Pour qu'il y ait beaucoup plus d'esprit citoyen...

Moi ce qui m'a beaucoup frappé en France (je viens du Chili) c'est que c'est un pays très hospitalier. Dans mon pays, sous Pinochet, il n'y avait pas d'argent, mais les gens s'organisaient. En France c'est trop institutionnalisé.

Les collectivités locales disent qu'elles-mêmes commencent à être asphyxiées financièrement par les transferts de charge.

Il faut inciter les communautés de communes et les communes à prendre la compétence santé. Quel périmètre pour les CLS ? Quartiers, communes, communauté de communes ...

Il est important de rechercher une cohérence. Qui fédère ? Qui évalue ? Qui met en cohérence ? Il faut que les différents acteurs se parlent, arrivent à trouver une cohérence, c'est quelque chose de nouveau. Est-ce que le CLS arrive au bon moment ? Pour certains ASV, cela arrive au bon moment, mais probablement pas pour d'autres

Comment impulser les CLS sur les territoires en désertion sur la plan médical, comment les mettre en place aussi sur ces secteurs là ? Comment les mettre en place, quand il n'y a pas d'ASV sur ces secteurs là ?

Il faut aussi faire attention à donner de la souplesse aux référents locaux, à ne pas les enfermer dans des dispositifs

Nous avons constaté à Evry que dès que nous sommes passés en association, cela avait cassé la dynamique parce que la vie associative est très pyramidale et nous avons décidé de revenir sur un fonctionnement de réseau. On n'est pas toujours obligé de se mettre en association, mais il nous faut trouver des structures juridiques pour recevoir des financements.

Il y a tout une tendance de fond pour peu à peu enlever la philosophie de la Politique de la Ville, qui permettait un fonctionnement plus transversal et intersectoriel.

Une des déviances des ASV c'est de nous demander de décliner au plan local des actions nationales.

On marche sur la tête. Moi je vois des lieux de vie où on demande aux habitants de participer mais de participer comme nous, les professionnels, on a envie. Une demande des habitants sur l'alimentation, c'est d'avoir du stockage et des congélateurs mais le PRSP me demande de travailler sur le diabète ! Quand les gens ont compris qu'ils n'auraient pas leur congélateur, les gens, ils ne viennent plus ! En fait les CLS pour moi, c'est comment on peut laisser la place pour que les besoins des habitants s'expriment.

Comme je viens du Brésil, quand j'ai connu l'ASV, j'ai dit c'est ça l'outil qui me correspond, et donc je m'accroche à l'origine « Politique de la Ville ». La richesse de la démarche, à mon avis, c'est vraiment son origine en Politique de la Ville.

Au sujet des rôles des professionnels, je voulais aussi revenir sur ce qu'on a vécu en Amérique Latine, parce qu'on a dû faire face aux inégalités depuis plus longtemps que vous. Je suis convaincue, avec tout ce que j'ai travaillé au Brésil, que le problème n'est pas la question de l'argent mais celle des solidarités qu'on met en place.

Moi ça me rappelle le début du discours de prévention sur le saturnisme où on disait aux gens de faire attention à leur alimentation, alors que le problème c'était le mal logement. Mais pour les professionnels, c'était : « on va vous civiliser, et vous montrer comment il faut faire ».

La Politique de la Ville a été conçue pour une population précarisée. Quand il n'y a pas de moyens, on élabore les actions de façon plus solidaire, avec un ascenseur montant et descendant. Alors que dans la politique de droit commun c'est complètement descendant. En terme de méthode, ça signifie aussi plus de transversalité, alors que pour avoir du fric il va falloir rentrer dans quelque chose de très vertical. L'enjeu est là actuellement, par rapport à la solidarité locale. Comment la prendre en compte ? C'est complexe, mais ça ne veut pas dire qu'on doit perdre nos valeurs.

Sur le côté « dites-moi de quoi vous avez besoin et je vous dirais comment vous en passer », on n'est pas condamné à l'absence de la parole. J'ai un exemple par rapport au cancer du sein où les médecins du quartier parlaient d'une prévalence importante avec l'ostéoporose. Le dépistage coûtait 40 euros et ce n'était pas possible. Il y a la question du relais nécessaire, on est invité à être dans une situation de relais de la parole. Il y a nécessité de former ces relais. J'ai un exemple aussi avec le saturnisme où il y avait un malentendu, où les acteurs municipaux venaient mesurer le taux de plomb dans les maisons, sans tenir compte des spécificités culturelles et culturelles ; les agents municipaux avaient piétiné le tapis de prière, et la femme qui les avait accueillis ne voulait plus entendre parler de prévention. Ce peut être aussi ça la formation.

A l'ASV de Montreuil on a réussi à avoir un second poste de santé communautaire, et dans la circulaire ASV on a quand même un comité des partenaires qui doit être piloté par l'Etat. On a quand même des espaces qui permettent de faire remonter, d'être le relais de ce qui se passe. Mais ça renvoie peut-être aussi au débat qu'on aura tout à l'heure sur les articulations. Essayer de garder le lien pour ne pas se faire ankyloser par les politiques descendantes.

Les politiques de santé ne peuvent fonctionner que « si je le vaut bien ».

Ca me semble nécessaire qu'il y ait un diagnostic perpétuellement répété pour faire évoluer les choses (c'est l'enjeu des observatoires locaux de santé).

On fait partie d'une grosse association, et on a associé deux autres petites associations en pensant que l'on pourrait les aider. On a passé plus d'un an et demi à faire du porte à porte. Et quand on explique à la DASS qu'on a mobilisé 16 personnes, ils nous disent que c'est trop peu !

Dans les foyers ADOMA, ce sont quand même des personnes qui vont mal ; il y a matière à créer un réseau, lancer des diagnostics santé. A travers ce que vous dites, je pense que la nécessité du réseau peut être enrichissante, mais je pense que pour ces personnes, qui ne sont plus tolérées ni là-bas ni ici, c'est compliqué. Pour les associations il faut ne pas baisser les bras,

Le problème c'est qu'au niveau des professionnels d'Adoma on n'a pas eu d'appui. Nous, en tant qu'acteur de terrain, nous nous sommes vraiment mobilisés, mais si derrière on n'a pas de financement on ne peut rien faire.

L'ASV c'est aussi ça, c'est de permettre la coopération avec les acteurs et de pouvoir les appuyer.

Ce que j'attends aussi du changement de culture que peut amener la démarche ASV c'est d'apporter des réponses à la question de la temporalité. Parce que c'est une temporalité qui est différente, et qui nous permet de travailler. Je crois que c'est aussi cette dimension de temporalité qui est déterminante. Dernièrement j'ai travaillé avec les élus, ça nous invite à envisager une évaluation en fin de mandat : ça nous donne 4 à 5 ans ce qui me paraît raisonnable. Sur un an ça n'a pas de sens. On est confronté à la question de l'urgence de la modification des comportements. On est obligé d'admettre que les choses prennent du temps.

CLS, quel lien avec les ASV ? Moi ça me questionne.

Nous à Paris, tous les ASV sont portés par des associations, aujourd'hui la question est ouverte en attendant les textes.

Quand je suis arrivé à Marseille, on a obtenu d'être porté par la Politique de la Ville, et ça apporte des choses par rapport aux autres ASV qui ne sont pas reliées à la Politique de la Ville (certains ASV sont portés par une association). Je pense que c'est une vraie chance. L'ASV c'est une démarche, mais il crée aussi quelque chose dans la façon de fonctionner des institutions. Les chefs de projet de la politique de la ville se sentent plus légitimes pour intervenir sur les questions de santé en comprenant que les ASV ne sont pas des affaires de spécialistes. J'ai plein de signaux, comme la DIV, qui m'indiquent que la Politique de la Ville ne va plus porter la santé. Ensuite les CLS qui sont en train de se négocier à Marseille se négocient entre la ville et l'Etat. Les CLS devient une « affaire sérieuse » et une affaire de spécialistes en santé. De plus les CLS vont être sur des territoires plus larges que ASV, donc les animateurs auront d'autant moins la connaissance du territoire. On est en train de perdre cette valeur ajoutée de la Politique de la Ville.

Ce n'est pas qu'une croyance, car il y a des territoires où pour nous c'est presque une réalité la disparition de Politique de la Ville.

Nous sortons des assises de la Politique de la Ville ; la question de la santé n'a absolument pas été abordée ; on s'est dit : on prend 5 minutes pour parler de la santé, car on trouvait important de mettre la santé en première ligne. La santé n'est pas apparue comme un axe prioritaire : je me dis où on va ? J'ai été un peu frustrée, parce que je me suis dit la santé publique n'apparaît plus comme elle apparaissait avant, même au niveau associatif.

Moi ça me donne envie de voir cela figurer sur le document qui va sortir de cette journée. Juste pour dire que vous m'aidez à me rendre compte que dans mon petit bureau on a 2 bureaux, c'est moi et le responsable Politique de la Ville. Et lui, il a porté le montage ASV, et cette disparition on la voit venir dans le lancement Politique de la Ville de cette année, où la question de la santé n'apparaît pas. Je vois sur le terrain des choses qui se produisent de très fort, et quelque chose de descendant contraire.

Au départ, la santé était une thématique facultative dans la Politique de la Ville, puis est devenue une composante obligatoire dans le CUCS. On peut penser qu'en passant dans le droit commun par l'intermédiaire des Agences Régionales de Santé (ARS), la politique de la ville se débarrasse de la santé sur CLS. Mais il est inscrit que collectivités territoriales vont pouvoir signer des CLS, ce qui leur donne une compétence en santé en leur donnant des financements spécifiques dans ces CLS, tout en sachant qu'il existe un risque à passer de la Politique de la Ville au droit commun.

La question du financement de droit commun pose aussi la question de l'évaluation, comme cela a été dit, avec un risque d'asphyxie. L'évaluation est surtout faite à partir d'indicateurs quantitatifs et on a peu d'indicateurs qualitatifs. On a besoin de travailler là-dessus. Dans le cadre du réseau de santé mentale, l'URCAM a accepté les indicateurs que nous avons

proposés, car ils n'en ont pas encore à nous imposer. Il est important que les acteurs de terrain puissent proposer des indicateurs.

Nous dans les Yvelines on a eu une réflexion sur le fait que c'était le bon moment pour les acteurs de terrain de faire des propositions.

Moi je suis pessimiste parce, qu'on a un tableau de bord, et je ne sais pas si on va pouvoir le garder. Certains coordinateurs ASV ont été sollicités sur ce qu'on entendait par territoire en santé, piloté par l'ORS.

Moi à l'ORS je représentais le comité de suivi parisien, on travaillait collectivement sur la région, et là c'est un cabinet, qui travaille seul, qui nous a remplacé. C'est affolant parce qu'on a eu 2 mois de travail collectif pour rien.

Nous aussi, on a senti que les démarches participatives n'émergeaient pas par rapport aux ASV, c'est pour ça qu'on se constitue en association, pour avoir le poids des 24 ASV, et parler des démarches communautaires en Rhône Alpes.

Nous on nous demandait en une journée de donner 10 indicateurs, mais c'est impossible.

Souvent on nous demande des indicateurs de résultats alors que dans les démarches communautaires nous avons à travailler sur des indicateurs de processus.

Là on parle d'actions, mais un ASV c'est surtout de la coordination, donc pour voir si un ASV marche, c'est de mesurer la coordination. Je pense que c'est vraiment du cas par cas.

Aujourd'hui on a beaucoup de propositions, mais derrière il y a une vraie question, comment se fait-il que, quelque part, il n'y ait pas quelqu'un qui fasse un référentiel ? Dans le 93, on a expérimenté un tableau de bord mais il n'a pas été repris. Comment faire une évaluation partagée pour le transmettre ensuite au national ? C'est lettre morte depuis 2 ou 3 ans pour le tableau de bord. Je pense que là aussi c'est une question politique.

2^{ème} axe : Sur le contenu et les articulations avec les autres dispositifs locaux et régionaux

Quels habitants ? C'est toujours les mêmes qui se mobilisent...

Il faut aussi qu'on accepte l'idée que la participation effective ne nous paralyse pas entre temps. On passe notre temps à vanter la participation des acteurs. En attendant, faute de mieux, il faut considérer que les acteurs, proches du terrain, peuvent faire remonter un certain nombre de choses. Les acteurs de terrain sont crédibles pour rapporter une parole du public.

Dans notre système n'est représentatif qu'un élu. C'est important d'avoir cette notion, car sinon on va rester dans ce participatif à minima, moi je préfère parler de coopératif.

C'est très important d'interpeller tous les acteurs, y compris le social, l'éducatif, etc.

Que le diagnostic ne soit pas seulement un état des lieux mais une occasion de mobiliser les acteurs.

Le but c'est qu'ils soient là à tous les moments du processus, et pas seulement au début.

Quand on a sollicité les habitants et que rien ne s'est passé, c'est très difficile de les remobiliser par la suite.

Il y a un outil qui s'appelle les « ateliers de l'avenir » pour élaborer une phase critique, une phase utopique et une phase réaliste de construction. A la fin, les projets réalisables, les élus sont là, et ils s'engagent.

A Montreuil, il y a 4 volets pour le CLS : un volet santé environnement, un sur le développement social, un volet accès aux soins et un volet Personnes Agées. C'est ressorti de constats surtout avec des professionnels. On avait mis en place des fiches d'entretiens.

Dans la construction, toute la question de travailler avec des habitants est encore à mes yeux insatisfaisante. Il va y avoir une proposition à l'ensemble des personnes qui ont conçu les centres de santé comme médecins référents de participer à un travail de réflexion coopératif.

C'est la ville, par son élu, qui porte le projet de santé publique qui devra évoluer vers CLS. On est aujourd'hui suffisamment avancé pour penser à voir un travail vraiment engagé avec les habitants.

Nous on est parti du diagnostic qui avait été fait dans les quartiers prioritaires dans lequel le Comité de Pilotage a validé l'articulation avec le participatif, la lutte contre les discriminations.

Pour la ville de Marseille, à mon avis, il faut l'Etat et une collectivité territoriale. On a un plan local de santé, mais qui n'est pas encore signé avec l'Etat. Il y a un diagnostic validé par le Préfet et le Maire qui a donné lieu à un plan local. Il ne manque que les financements, le PRSP, le CUCS...

Si on peut prouver, par rapport à un projet, qu'il est inscrit dans le plan local de santé, il sera financé. Ca vaut pour les 24 ASV de PACA. Moi « mon » plan local est pour 120.000 habitants, mais le contrat sera pour l'ensemble de la ville, ce sera des arbitrages en terme de thématiques. Par exemple moi je ne m'occupe pas de Sida, et dans le CLS on s'en occupera.

Il faut une garantie d'un minimum de cohérence sur le territoire.

Peut-il y avoir plusieurs CLS sur un territoire ?

Quel territoire serait pertinent ?

Quelle implication auront les structures hospitalières dans les CLS ? J'ai 14 ans d'hospitalier derrière moi, jusqu'à quel point on peut les inclure ?

Surtout que si nous ne les intégrons pas aux CLS, ce sont les structures hospitalières qui vont nous intégrer dans leur contrat ! La question est non seulement pertinente, mais elle me semble fondamentale.

Les PLS sont portés par les hôpitaux.

Je pense que les ARH ne vont pas tout perdre, c'est la gestion du soin. Mais la question de l'accès aux soins reste. Il faut bien que la question des soins primaires sorte de l'hôpital.

Dans le Contrat Local de Marseille, la thématique soins concerne au moins 2 hôpitaux.

Comment, sur les questions de l'accès aux soins, on passe un CLS ?

Sur la ville de Bobigny, suite au diagnostic, on va vers un centre polyvalent de santé. Différentes structures sur un même bâtiment, et pour toute la population : personnes âgées,

dentaire, PMI... A travers ça, on voit que le diagnostic porte réellement ses fruits. Cela fait 33 ans que je me bats pour ça. Mais il faut aussi penser les conditions pour travailler en réseau. L'hôpital Avicenne va pouvoir dégorger ses soins dits « bobos »

Sur la question de contenu, j'ai vu ce matin qu'il y avait la question des soins de santé primaire en France qui paraît assez pauvre. Donc c'est important qu'il y ait quelque chose de clair dans les CLS sur cette question.

Je pense aussi que quand on dit primaire on pense à beaucoup de choses. Il faut aussi parler prévention, parce qu'on dit souvent que c'est la première chose qu'il faut faire et les médecins ne le font pas.

La prévention est souvent médicale, mais on a également parlé éducation à la santé, et prévention de la santé. Donc il faut parler de prévention collective et c'est plutôt la promotion de la santé. Quand on parle de soins de santé primaires, on parle souvent d'accès aux soins de premier recours à la santé. Dans les CLS vont se poser la question de l'occasion de rétablir ou d'empêcher une désertification médicale.

Il faut poser le problème largement par rapport à tous les professionnels libéraux, pas seulement les médecins.

Avant le regroupe en MSP, nous on a défini aussi d'autres stratégies : écouter les professionnels pour retenir ceux qui étaient là, parce qu'on a eu une fuite de 20 professionnels libéraux. Sur Grigny, 0 orthophonistes par exemple. Comme il y a une zone franche urbaine, ça favorise l'installation d'entreprises. On travaille avec les contrats locaux de sécurité pour casser l'isolement, la sensation d'insécurité. Comment faire face aux difficultés que rapportent les professionnels ?

C'est important car les acteurs des contrats locaux de sécurité ont une place de première ligne, ce sont des interlocuteurs importants.

Pour favoriser l'installation de nouveaux professionnels, chez nous ce qui a été réfléchi, c'est un accompagnement par les médecins qui sont à la retraite, des nouveaux médecins installés, pendant 3 ou 4 ans. L'idée c'est de travailler avec des étudiants en médecine.

A Paris, il y a 3 projets qu'on appelle « équipements de santé à vocation sociale » On réfléchit sur trois lieux qui ont déjà été identifiés. Dans ces structures il a été prévu un espace santé. Il se trouve que les 3 lieux se trouvent très déficitaires en généralistes de secteur 1. Là c'est évident que ça ferait parti d'un CLS.

Si aujourd'hui les collectivités territoriales s'investissent dans la santé, l'enjeu derrière, c'est qu'est-ce que la ville a à faire dans les soins ? Il est important d'inclure les soins dans le CLS.

Dans les Yvelines, je vois que d'une ville à l'autre c'est très différent

Je pense que c'est à chacun localement de dire ce sur quoi il s'agit de travailler. C'est la diversité qui fait la richesse du local. A Marseille on a un plan local qui est consultable en ligne, c'est un lien sur le centre de documentation de la politique de la ville.

3^{ème} axe : Qui pourrait signer ces CLS ?

Les hôpitaux, la politique de la ville, les collectivités locales

Garder la cohésion sociale. La prévention s'en va dans les ARS, mais il faut à tout prix arriver à conserver un lien entre les deux

Les différentes institutions aussi doivent participer, et signer pourquoi pas.

Ce n'est pas inopportun de dire que les hôpitaux doivent également signer...

On rajoute aussi les caisses primaires dans la signature ? Les caisses primaires sont déjà parties prenante des ASV.

Pour moi ça me paraîtrait logique qu'il y ait le Préfet, comme pour les Politiques de la Ville.

Est-ce que les associations pourraient aussi en faire partie ?

Non, la question c'est plutôt qui signe pour l'ASV et dans ce cas là ça peut être n'importe qui.

Il faut faire en sorte que le CLS puisse intégrer l'ensemble des acteurs et des actions.

Les CLS, j'aimerais bien savoir *quand* ils vont être signés. Parce que si c'est très vite, tout un tas d'acteurs ne seront pas impliqués. C'est pour ça que le travail est à faire dès maintenant.

Essayer d'avoir à un niveau local l'équivalent de ce qui se passe au niveau régional, avec un observatoire local qui va se donner les outils d'évaluer ce qui a été produit. Trouver au niveau local une organisation de la santé, une observation et une évaluation

Là où il n'y a pas d'ASV il va falloir trouver un élément de coordination. Au niveau local je n'ai pas de sous donc il faut que je fasse avec ce qui existe.

Si il y a un CLS, qui va gérer l'argent de ce contrat local ? la Ville

Je verrais un GIP. Soit c'est un GIP, soit c'est chaque signataire du contrat qui gère sa partie.

Mais c'est un problème quand il y a des actions partagées

La question est la superposition d'une collectivité territoriale, qui aurait le financement avec les acteurs qui seraient les opérateurs de l'action.

Est-ce que pour les CLS c'est un financement ARS seulement ou un co-financement ?

C'est une lutte qui n'aura pas de fin de sensibiliser les échelles départementales et régionales sur les besoins locaux.

RESTITUTION EN PLENIERE (ATELIER « CLAVECIN »)

Méthode

- CLS s'inscrit d'abord dans une dynamique locale de santé avant d'être dans une politique de financement
- Comment élaborer un CLS avec l'ensemble des acteurs alors que les habitants sont rarement impliqués dans la dynamique locale ?
- CLS s'appuie un diag **réellement** partagé et coopératif. Mais la participation de tous les acteurs, y compris des habitants reste plus un objectif qu'une réalité.

Contenu

- Peut-il y avoir plusieurs CLS sur un même territoire ?
- Est-ce que CLS sera relié avec Contrat Local de Sécurité
- Il faut adapter le contenu à chaque territoire
- Que le soin ne soit pas oublié dans le CLS, à la fois en terme d'accès aux soins mais aussi comment retenir les professionnels
 - > Comment retenir les professionnels libéraux (accroître sécurité et diminuer isolement)
 - > Aide à l'installation des professionnels
 - > Tutorat anciens et nouveaux médecins
 - > Médiation santé
 - > Information aux droits
 - > Psychiatrie dans la rue
 - > Réseau d'échange de pratique de professionnels d'accueil
 - > Les PASS
 - > Charte CMU droits et devoirs patients/médecins

Gouvernance

Qui signe ? les hôpitaux, la politique de la ville (cohésion sociale, préfet ?), les collectivités locales ; ARS, quelle est la place de la CPAM ?

Atelier 3 : « PUPITRES »

Animatrices : Josette SAGOT et Nathalie VICTOR

Rapporteuse : Mariela GALLI

TOUR DE TABLE DES PARTICIPANTS

1. Ville Marseille direction de la santé. Depuis 2008 travaillent sur un CLS dans le cadre de la re-organisation de l'ARS. Appel a projet expérimental. Actuellement en phase d'élaboration du CLS.
2. Élu local à Garny.
3. Coordinatrice ASV Niort, chargée de projet CODES. En lien avec la DASS, préfecture et agglomération. Pas du tout commencé la réflexion sur les CLS, en attente pour voir venir.
4. Élève administratrice en stage à la communauté urbaine de Nancy. Elle doit élaborer une proposition de mise en place de CLS.
5. Psy coordinatrice de la maison des ados à Marne la Vallée.
6. Ville d'Antibes, ASV mais pas de CUCS. Ils attendent de voir.
7. Ville de Limoges, chef de projet politique de la ville et ASV.
8. Inspectrice DASS Essonne. Réfléchir au lien politique de la ville et ARS.
9. Elue de Clichy la garenne. Passer ou pas de l'ASV au CLS ?
10. Ville de Clichy, médecin Service Santé Publique.
11. Coordinatrice ASV Argentan, ASV 2004, a du mal à trouver sa place, donc comment on articule mieux les territoires ?
12. Coordinatrice ASV communauté urbaine de Cherbourg. Impact des CLS sur la géographie de la santé.
13. Conseil Général 93 chef de service Prévention et social et sanitaires. Quelle place du Conseil Général dans la mise en place des ARS ?
14. Médecin de santé publique.
15. Coordinatrice du centre polyvalent de santé de Bobigny.
16. Chirurgien dentiste, ville de Nanterre, associations buccodentaires.
17. Elue à la santé en Seine et Marne.

DISCUSSION / ECHANGES

1^{er} axe : Les questions, les inquiétudes...

A la différence des autres universités d'été, cette année, personne ne peut apporter une connaissance extérieure pour lancer les débats. On se retrouve dans une situation où il est difficile de décrypter les textes existants.

Le seul texte disponible est la circulaire distribuée dans la lettre de Mmes Amara et Bachelot. La lettre est lue à l'ensemble des participants.

Réactions du groupe :

- le frein pour les ASV est la difficulté de travailler dans un contexte où la ville ne s'occupe par d'une Politique de santé, elle reste réduite aux territoires politiques de la ville. Les CLS viendraient résoudre cette situation.
- les ASV se sont développés poussés par l'état, des villes ne s'en sont pas saisies. La santé, encore moins la promotion de la santé, a été objet d'appropriation de la part des élus dans leurs politiques.

- l'autre limite de l'ASV est que c'est juste un volet du CUCS. Comment l'inscrire dans la transversalité, au delà du soin en regardant l'impact direct ou indirect sur les autres aspects : logement, urbanisme, transport, etc
- l'ASV mis en place à Clichy a été socio-sanitaire, mais dans les axes prioritaires choisis, on a gardé la santé et les aspects liés aux autres déterminants viendront nourrir les autres politiques.

A Marseille, les questions posées :

- 1- le périmètre de territoire de santé.
- 2- on se limite à l'ASV où on l'étend à la commune en s'appuyant sur les ASV ? Quels liens avec les dispositifs existants ?
- 3- l'expérimentation de la contractualisation est elle modélisable ? Non
- 4- quels partenaires ?
- 5- doit on uniquement des thématiques et de problématiques ?
- 6- pour quoi faire ? Pour avoir des ressources financières ? une mise en cohérence ?

Si on élargit les ASV pour contractualiser dans les CLS, que devient la lutte contre les inégalités ?

En France, la santé reste une compétence de l'Etat. Quelle place y a-t-il pour une organisation locale de la santé ?

Qu'est ce qu'on entend quand on parle de santé ? de l'offre du soin ? d'une santé globale ? Le choix de la définition aura un impact sur le type d'organisation, du contenu, des ARS.

Qui sont les collectivités territoriales « signataires » du contrat ? Communautés urbaines, communes, institutions ?

Toute structure privée ou publique de santé (Clinique, CMS, ...) ou de soins pourra-t-elle être aussi signataire ?

Quelle coordination ? Quelle visibilité pour qu'une vraie cohérence s'installe dans le « travailler ensemble ». Et quel sera l'impact, positif ou négatif, sur l'état de santé de la population ?

On se trouve dans une re-organisation globale des politiques territoriales de santé ! Ça va se télescoper avec la mise en place des ARS.

Le CLS permettra-t-il un engagement politique plus fort dans l'articulation des territoires ?

Pour mettre en place les CLS, il faut clarifier les missions de chacun, les champs de compétence, les domaines d'intervention, les territoires.

Il y a une inquiétude que l'ASV disparaisse sans que cette démarche ne soit reprise par les CLS. Peut être que ce contrat, s'il est porté par une mairie, pourrait faciliter l'intersectorialité et améliorer l'impact sur les déterminants de santé.

2^{ème} axe : le territoire optimal ?

Le territoire ne pourra être défini qu'à partir de la définition de ce que l'on attend des CLS.

Les CLS doivent pouvoir répondre aux besoins de la population.

Si jamais on est dans un découpage territorial inadéquat, on risque de perdre de la visibilité sur la pertinence des structures de santé capables de répondre aux besoins des populations. Partons des besoins objectivés des populations, pour ensuite voir comment contractualiser et avec qui pour répondre. Il ne faut pas un schéma qui définisse des territoires a priori, mais qu'ils soient définis par l'analyse des besoins.

Comment les besoins et les attentes de la population peuvent s'intégrer dans la politique mise en place par le CLS ? Qui définit les priorités ? Et avec quelle contractualisation ? Est-ce que cette contractualisation peut se faire entre deux villes ?

Il faudra bien quand même trouver une unité de réponse en ce qui concerne le territoire de la contractualisation.

Il faudrait une fédération d'acteurs qui dialoguent avec les ARS, sinon, les plus puissants, les plus préparés, seront les seuls interlocuteurs.

Concernant la définition des besoins, le niveau régional peut faire en sorte de mettre les acteurs autour de la table. Si les priorités sont définies sans cette concertation, on sera coupés du territoire vécu des habitants.

Comment faire pour que chacun trouve sa place dans la concertation autour des besoins, et que chaque acteur ne reste pas dans sa logique.

Il faudrait partir de la construction des projets autour des problématiques. Mais comment ?

Dans le cadre du bus dentaire, l'idée était de construire un collectif d'acteurs pour définir ensemble les grandes lignes prioritaires pour identifier les besoins et organiser la réponse, mais la question finale reste celle de la contractualisation ?

La définition d'un territoire devrait peut-être se faire autour d'une volonté et d'une organisation politique, avec des instances de concertation d'acteurs, dont les habitants.

L'ARS pourra-t-elle être saisie par un élu, sur des problématiques de santé ? L'ARS pourrait être le facteur mobilisateur de l'ensemble des acteurs. Sur la base d'un diagnostic, un maire pourrait solliciter l'ARS pour qu'elle l'aide à aboutir à une contractualisation pour répondre à cette problématique.

A Marseille, l'expérimentation portait sur la possibilité de contractualiser avec l'ARS, ensuite la ville a demandé à poursuivre la réflexion sur la contractualisation avec la ARS à travers le CLS.

Si on essaie de réfléchir à partir du territoire, dans une approche globale de la santé, il ne faut pas mettre en place des territoires pour chaque thématique car il y a un risque de démultiplication des instances.

Le territoire doit être différent selon les enjeux et son histoire.

La cohérence doit alors être trouvée : par la taille ? les besoins objectivés et par qui ?

Partir de structurations politiques existantes me paraît indispensable. Mais comment être entendu quand on est de petits acteurs face à une ARS qui a des missions utilitaristes et centrées sur l'hôpital.

Il ne faut pas laisser l'ARS gérer les contrats.

3^{ème} axe : Qui sont les contractants ?

Expérience de Marseille

Compte tenu des liens entre la Ville et l'Etat sur les différentes thématiques de santé, le territoire communal s'est imposé rapidement, donc la question a été celle de l'articulation avec les dispositifs existants (type ASV).

La question du périmètre a été tranchée lors du premier comité de pilotage. On a identifié les acteurs en lien avec ce périmètre. Des difficultés dues à des orientations politiques différentes sont apparues et on a du trouver des stratégies pour dépasser ces enjeux. L'Etat préférerait repartir des ASV, mais la ville n'a pas vu le prisme de l'ASV comme pouvant porter la politique publique de santé de la ville.

Le groupe ne voit pas un autre échelon que le « politique local » pour faire cette contractualisation. Mais quelles sont ses marges de manoeuvre par rapport à la politique nationale de santé ?

Il y a deux étages : les priorités régionales et les besoins locaux. Donc la contractualisation doit laisser une marge de manoeuvre dans la mise en place de ces axes de santé pertinents pour le local.

Si la place du politique est la bonne, quelle légitimité a-t-il pour agir ? Quelle place, par exemple, pour les Conseils Généraux dans cette nouvelle contractualisation ? Il y a un risque, si la place n'est pas légitime, qu'ils se retirent !

Le CLS peut être aussi un lieu où la concurrence des communes pourrait être estompée ou exacerbée. Le département a un rôle à jouer dans cette régulation, mais s'il n'a plus ce rôle, l'ARS pourra-t-elle le jouer ? Quelle sera la place des élus dans les ARS ? « Exécutifs » de la politique de l'ARS ou partie prenante d'une politique de santé ?

Que veut dire contractualiser ? Prendre une responsabilité, financer, mettre à disposition des moyens facilitateurs techniques et politiques ? Qui dit contrat, dit engagement réciproque. Mais ce volontariat, est-il vraiment un volontariat ? Si on ne contractualise pas, aura-t-on des moyens ? Ceci peut entraîner un risque de disparités territoriales.

Que fait-on des territoires les plus défavorisés qui demandent une intervention plus locale, de proximité ?

Les structures régionales comme l'ORS, l'IREPS devraient être en lien avec l'ARS.

4^{ème} axe : la méthode

Il se pose la question du diagnostic. Avec quels moyens, quelles ressources ? Qui porte la responsabilité du diagnostic ? Le niveau régional, l'ARS comme veillant à la mise en place et au partage du diagnostic, et garant qu'il n'y ait pas d'aggravation de l'état de santé de la population.

La phase diagnostic doit être intégrée dans le contrat. Le contrat devra se construire après ce diagnostic territorial, qui permette d'assurer une cohérence, une pertinence de la politique qui sera contractualisée.

Ensuite il faut prévoir un lieu d'observation local pour suivre l'avancée de cette politique.

On voit se dessiner une organisation du régional, mais il est difficile d'imaginer pour le moment le maillage avec le local et notamment l'infra-local au niveau des quartiers défavorisés. Il faut inciter l'ARS à observer le niveau local, car il y a un risque

d'homogénéisation des besoins au niveau régional. Ainsi, on pourrait perdre les spécificités locales. Par suite, les stratégies apparaîtraient mal adaptées et le risque serait d'augmenter les inégalités en santé.

Le risque est que l'ARS impose des contractualisations aux villes sur des thématiques et sans aucune mise en cohérence avec les politiques publiques de santé dans les villes.

Il faut trouver les complémentarités dans tous les niveaux : local, départemental, régional.

L'ARS pourrait proposer une aide méthodologique, de la formation, un soutien des élus à la mise en place des diagnostics.

Pour éviter la main mise de l'Etat sur la santé dans les territoires, il faut que la contractualisation soit faite en réduisant au maximum cette main mise. Par contre, il faut lui donner un rôle de veille, de mise en place d'indicateurs, de démarches d'évaluation, de facilitateurs de mises en place de politiques locales de santé.

Les acteurs locaux doivent avoir une légitimité pour faire remonter, les besoins, les dynamiques, réalités locales. Ils pourraient d'une aide méthodologique et de moyens.

Est ce que seules les villes qui ont un ASV sont en capacité de contracter ? Non mais çà leur donne plus de légitimité par une analyse déjà existante des freins, leviers, la mise en place d'une participation citoyenne dans toutes les étapes de la démarche...

Pas de contrat si le contenu du contrat ne se construit pas avec les habitants.

RESTITUTION EN PLENIERE (ATELIER « PUPITRE »)

Concernant la notion de territoire des CLS, il est proposé que :

- les territoires de la contractualisation correspondent à ceux déjà existants et légitime : communal ou intercommunal surtout en rural
- les territoire correspondent à une cohérence de besoins ou une communauté de besoins
- que la loi reconnaisse une compétence en santé à ces territoires

Concernant la méthode

- le diagnostic partagé est un pré requis pour la contractualisation. En absence de diagnostic santé l'ARS pourrait inciter le territoire à le faire et lui en donner les moyens financiers.
- se servir de l'expérience méthodologiques des ASV pour travailler un CLS mais il s'agit bien de l'ensemble d'un territoire dépassant celui de la politique de la ville.
- l'ARS pourrait être le garant de ne pas laisser de territoire hors du champ des CLS pour ne pas aggraver les inégalités en santé

Concernant les contenus

- Le CLS devrait avoir un contenu sur l'ensemble des déterminants de la santé sociale et environnementale et permettre le mise en place d'une politique locale de santé pertinente et en cohérence avec les besoins
 - le CLS devrait contenir la persistance de démarche démocratique entres les habitants, les élus et les professionnels
- l'ARS pourrait soutenir des pôles ressources méthodologiques à disposition des acteurs locaux des CLS.

IV. La synthèse des ateliers

1- Des questions posées, des questions en suspens sur les CLS...

Encore limité à une phrase dans une loi, ou à quelques lignes dans un courrier ministériel, le Contrat Local de Santé suscite beaucoup de questions, qui ont été posées lors de l'Université Renaudot 2009 et certaines sont listées ici :

Beaucoup de questions sur **le lien entre CLS et ASV et entre CLS et CUCS.**

Quelle place pour la cohésion sociale dans les contrats locaux de santé ?

Est-ce que CLS sera relié au Contrat Local de Sécurité ?

Ne garde-t-on que les territoires ASV ou toute la ville pour les CLS ?

« Certaines communes sont en ASV, d'autres hésitent à entrer en ASV ; des communes s'interrogent s'il faut aller plutôt vers CLS maintenant ? »

Comment articuler CLS et ARS ?

Beaucoup de questions sur la **place des élus** dans les CLS.

Qui pourra et/ou devra signer les CLS ?

Quelle place auront les associations dans les futurs CLS ?

Quelle sera la **légitimité des villes** (en matière de pilotage des CLS) auprès des divers acteurs ?

Qui fédèrera ? **Qui mettra en cohérence** les divers acteurs locaux autour d'un CLS ?

Comment impulser les CLS sur les territoires en désertion sur le plan médical, comment les mettre en place aussi sur ces secteurs là ? Comment les mettre en place, quand il n'y a pas d'ASV sur ces secteurs là ?

Quelle sera la **marge de manœuvre**, la capacité de négociation de la ville avec l'ARS pour permettre d'y intégrer notamment les initiatives et besoins locaux ?

Comment accompagner en santé des pays qui voient la santé de façon très négative ?

Quel sera le territoire pertinent ? Peut-il y avoir plusieurs CLS sur un même territoire ?

Le CLS pourra-t-il être – et comment - un levier d'une politique de promotion de la santé au niveau local ? Il faudra pouvoir saisir les autres secteurs (qui contribuent à la santé)

2- Des échanges d'information et d'expériences : quelques propos entendus

Les 24 ASV de la région PACA se réunissent régulièrement ; on commence à avoir une bonne connaissance de ce que font les autres.

Le plus dur c'est de maintenir l'adhésion des habitants. Pour animer on a fait appel à une association.

Aller sur le terrain des habitants plutôt que de leur demander d'aller sur le nôtre. Souvent les habitants ont des modes d'être ensemble qui nous échappe.

Un ASV depuis 2002. Qui nous a permis d'avancer sur la question de la **coordination** des acteurs. On est en train de construire un PLSP. Avec l'idée de se rapprocher des libéraux, du CHI, des associations

Des pays qui voient la santé de façon très négative.

Adjointe au Maire santé : début de réflexion sur un projet global de santé. Pas de politique globale de santé publique à ce jour ; même si beaucoup de choses se font. Pas de véritable direction santé, qui serait une première marche. On s'interroge sur quel partenariat mettre en place pour un PLS. On envisage de créer d'abord un OLS.

Problème majeur auquel les communes sont confrontées est celui de la **désertification** médicale.

Elles sont confrontées aussi aux problématiques de santé mentale qui dépassent les ZUS.

3 - Des craintes ou des réserves, voire plus à l'égard des CLS...

Des intervenants qui identifient d'abord divers **freins** : qu'est-ce que la ville a à perdre, est-ce que c'est un papier ?... quels moyens ? surtout quand un seul agent affecté à la santé, sans service de santé...

Des **inquiétudes** sur :

- le **risque de perdre les acquis des ASV** avec les CLS (leur diagnostic, leurs actions, le travail avec les habitants, le partenariat initiés par la cohésion sociale
- les **moyens** affectés aux CLS
- la **place donnée ou laissée aux habitants** dans les CLS
- sur **l'avenir des petites associations** dans la réorganisation régionale et plus précisément dans les CLS

« Qu'est-ce qu'on fera quand on aura des beaux cadres et qu'on n'aura pas d'argent derrière ? Cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas travailler sur les CLS, parce que le pouvoir il se conquiert, il ne faut pas attendre qu'on nous le donne. Il faut qu'on passe de l'intention à la pratique. »

Une des déviances des CLS serait de demander de décliner au plan local des actions nationales.

La richesse de la démarche, à mon avis, c'est vraiment son origine en Politique de la Ville.

Les élus expriment aussi leurs réserves ou remarques :

- je suis d'accord sur la légitimité de l'élu local, élu de la proximité mais je vois aussi deux dangers possibles :
 - celui de renvoyer aux Maires la **responsabilité** sur tous les déterminants de la santé
 - et celui des moyens insuffisants ; s'il y a contrat, il devrait y avoir reconnaissance des moyens nécessaires
- si CLS c'est plus de dépenses pour la ville, ce sera non
- si c'est une **reconnaissance en matière de santé** pour les villes, c'est bien
- il faudra donner aux élus des signes de crédibilité et de confiance (sur CLS). Un point doit être fait sur les financements et sur leur pérennité.

4- Des envies et des attentes

Si expériences et craintes ont été exprimées, les participants dans leur diversité ont exprimé un réel intérêt pour les CLS et formulé de nombreuses propositions pour en préciser forme, organisation ou contenu. Ce sont ces paroles, propositions des participants de l'Université 2009 qui sont ici reprises ou résumées.

Sur le territoire des CLS, suggestions et remarques diverses

Les territoires de la contractualisation devraient correspondre à ceux déjà existants et légitimes : communal ou intercommunal surtout en milieu rural.

Les territoires doivent correspondre à une **cohérence de besoins** ou une communauté de besoins.

Si l'objectif affiché de **réduction des inégalités sociales et territoriales de santé** est confirmé, il suppose l'allocation asymétrique des moyens sur les territoires.

Il ne faudrait **pas de solution univoque**, « simpliste », de territoire de santé. Il devra tenir compte de l'histoire, de la structuration locale de santé, des ressources en santé, des besoins de santé.

La construction de la démarche territoriale doit tenir compte des **compétences de chaque collectivité** (ville, agglomération), et reconnaître les actions déjà entreprises (promotion de la santé, premier recours...).

Au-delà des territoires de la Politique de la Ville, un CLS sur toute la ville c'est très important pour développer une politique globale de santé cohérente.

On ne devrait plus avoir – après la loi – les seuls territoires du soin. Il faut donc des territoires plus globaux : soins, prévention, médico-social.

Impact des autres politiques sur la santé (**réflexion globale sur les déterminants de santé**).

C'est la ville, par son élu, qui porte le projet de santé publique qui devra évoluer vers CLS.

Il faut inciter les communautés de communes et les communes à prendre la compétence santé.

L'objectif c'est un contrat avec la ville ou l'agglomération, et pas forcément par rapport à un public prioritaire.

On voudrait pouvoir poser des CLS sur des régions qui n'ont pas les critères ASV.

L'implication de tous les acteurs concernés (élus, professionnels, institutions, habitants) – (repère 5 de santé communautaire du SEPSAC)

Sur la place des collectivités locales, des élus locaux

Pour les GRSP, la participation des villes était possible mais pas obligée... On peut penser qu'il en sera au moins de même dans la logique des CLS...

Attention, l'ASV, même très actif, n'a pas toujours réussi à assurer la légitimité d'intervention globale en santé des villes.

Contractant élu local du CLS ? C'est la question de la légitimité en santé du contractant qui sera importante à favoriser

Si on souhaite une pérennité de l'action locale, ça paraît nécessaire que ce soit l'élu local qui soit signataire du CLS

Occasion pour la nouvelle équipe municipale de réfléchir sur un nouveau plan local de santé

Les élus locaux contractants naturels cela signifie qu'ils sont fortement interpellés dans le pilotage de la construction du CLS et dans la responsabilité de sa mise en œuvre.

Les villes davantage acteurs de santé avec les CLS ; peut-on parler d'**une nouvelle étape d'organisation locale de la santé** ?

Si aujourd'hui les collectivités territoriales s'investissent dans la santé, l'enjeu derrière c'est qu'est-ce que la ville a à faire ? Donc d'inclure les soins dans le CLS.

Le rôle important des élus locaux qui doivent être partie prenante : **attention au transfert de compétences « sauvage »** c'est-à-dire sans contrepartie financière (risque) / ils peuvent être garants d'une certaine pérennité / légitimité des dispositifs.

Comme au Québec, structurer un niveau local de santé : essayer d'avoir à un niveau local l'équivalent de ce qui se passe au niveau régional, avec un observatoire local qui va se donner les outils d'évaluer ce qui a été produit. Trouver au niveau local une organisation de la santé, une observation et une évaluation

Le CLS peut être aussi un lieu où la concurrence des communes pourrait être estompée ou exacerbée. Le département a un rôle à jouer dans cette **régulation**, mais s'il n'a plus ce rôle, l'ARS pourra-t-elle le jouer ? Quelle sera la place des élus dans les ARS ? « **Exécutifs** » **de la politique de l'ARS ou partie prenante d'une politique de santé** ?

Impliquer davantage les habitants (s'en donner l'objectif et les moyens)

La nécessité de ASV (et demain des CLS) c'est de montrer **les besoins des habitants**.

L'ASV c'est un **diagnostic** avec les habitants, pour donner lieu à un programme, un plan, des priorités. C'est pour cela qu'ici il y a beaucoup d'ASV qui peuvent être au cœur des prochains CLS

Si le portage doit être inter-institutionnel, les acteurs et les habitants devraient aussi en faire partie.

Nous aussi on a senti que les démarches participatives n'émergeaient pas des rapports des ASV de notre région. A l'occasion de la mise en place des CLS, il faudra **permettre les conditions de développement des démarches communautaires en santé**.

Impliquer les professionnels, les institutions sanitaires

C'est très important d'interpeller tous les professionnels, y compris ceux du social, de l'éducatif, etc...

L'importance de l'implication des structures hospitalières dans les CLS.

Si les structures hospitalières ne sont pas intégrées aux CLS, ce sont les structures hospitalières qui vont intégrer dans leur contrat !

Impliquer les associations

Préserver l'avenir des associations en prévention de la santé. On est poussé à une fusion des budgets sur des grosses associations au détriment d'autres associations qui sont plus sur des politiques locales.

Impliquer les associations aux différentes étapes d'élaboration et de mise en œuvre des CLS

Sur la méthode

Le diagnostic partagé est un pré requis pour la contractualisation. En absence de diagnostic santé l'ARS pourrait inciter le territoire à le faire et lui en donner les moyens financiers.

Le CLS devrait s'appuyer sur un **diagnostic réellement partagé et coopératif**. Même si aujourd'hui la participation de tous les acteurs, y compris des habitants reste plus un objectif qu'une réalité. Elaborer un CLS avec l'ensemble des acteurs et impliquer les habitants

L'idée d'établir un plan local de santé publique est avancée, pour ensuite aller vers un CLS. Il faut que l'on soit force de propositions.

On ne peut pas avoir un CLS communal sans une **réflexion intercommunale**.

Il faudra se servir de **l'expérience méthodologique des ASV** pour travailler un CLS.

Un comité de pilotage local pour les CLS : Composition large : institutions (Etat-ARS, Conseil Général, Ville- Agglomération, Education Nationale...) ; professionnels de santé et institution spécifiques santé : hôpital, libéraux, psychiatrie, CPAM ; habitants et/ou associations

Là où il n'y a pas d'ASV, il va falloir trouver **un élément de coordination**.

A ce propos je me permets d'ajouter que nous pourrions soutenir une démarche pour favoriser l'implication des universités dans les CLS : celles de sociologie, de médecine, de santé publique voir la géographie de la santé....

L'ASV c'est une politique de l'Etat au titre de la cohésion sociale. Il faut pour le CLS retrouver une **cohérence entre le descendant et l'ascendant**.

Sur la temporalité

Ce que j'attends aussi du changement de culture que peut amener la démarche ASV et demain CLS, c'est d'apporter des réponses à la question de la temporalité. Parce que c'est une temporalité qui est différente, et qui nous permet de travailler. Je crois que c'est aussi cette dimension de temporalité qui est déterminante.

Question importante du calendrier : les ARS ne seront en place que mi-2010, schéma de prévention, nouvelle loi de santé publique en 2011 (resserrement des priorités régionales) ; s'il est « urgent » d'attendre pour arrêter un CLS, **il faut faire remonter les diagnostics en place**.

Sur les contenus

Le CLS devrait avoir **un contenu sur l'ensemble des déterminants de la santé sociale et environnementale** et permettre la mise en place d'une politique locale de santé pertinente et en cohérence avec les besoins.

Le CLS devrait contenir la persistance de **démarche démocratique** entre les habitants, les élus et les professionnels.

L'ARS pourrait soutenir des pôles **ressources méthodologiques** à disposition des acteurs locaux des CLS.

Principe directeur : répondre aux besoins de santé des populations ; nécessité de croiser les diagnostics existants et les politiques locale, régionale et nationale.

Inscrire la construction des projets locaux de santé dans le champ plus large de la démocratie de proximité (la santé est un levier de la démocratie participative).

Il doit partir des besoins, s'appuyer sur la politique municipale de santé.

Il convient de faire précéder le plan local (et donc le CLS) d'un diagnostic local de santé qui sur nombre de points devrait rejoindre le diagnostic fait au niveau régional.

Que le soin ne soit pas oublié dans le CLS, à la fois en terme d'**accès aux soins**, d'**organisation des soins de santé primaires**, mais aussi comment retenir les professionnels.

V. La liste des participants

NOM	PRENOM	STUCTURE
DURAND GASSELIN	Sabine	CODES 78
BERTRAM-BLAIZOT	Dominique	VILLE DE REIMS
MEHIRI	Mounira	DELEGATION A LA POLITIQUE DE LA VILLE ET A L'INTEGRATION
AIRAUD	Céline	CODES 79
ARCUCCI	Dominique	VILLE D'ANTIBES (DIRECTION DE LA PROMOTION DE LA SANTE)
BAILLEU	Melina	DSDS GUYANE
BELTRANDO VIGNEAU	Nicole	VILLE DE MARSEILLE
BISSON	Karine	ASSOCIATION MAISON NOTRE DAME (VILLE DU BLANC MESNIL)
BOURDON	Mathieu	VILLE DE LIMOGES
BOUSSOUAR	Mohamed	CODES 42
BREMENT MARCHESSEAU	Marilyne	VILLE DE TRAPPE (INSTITUT DE PROMOTION DE LA SANTE)
BRODIN	Marc	APHP
BUISSON	Yves	VILLE DE MONTREUIL (DIRECTION DE LA SANTE - MISSION SATURNISME)
CAMPIUTTI	Jean-Marc	MAISON DES ADOLESCENTS - LAGNY SUR MARNE
CHÂTEAU	Marie	CITE LE VILLAGE
CORNEL	Séverine	VILLE DE BOBIGNY (DIRECTION DE L'ACTION SANITAIRE)
CREUSOT	Pierre Nicolas	VILLE D'AMIENS
DE LA FARGUE BARES	Sterenn	VILLE D'ARGENTAN
DEBEUGNY	Christophe	CONSEIL GENERAL DE LA SEINE SAINT DENIS
ATLAS	Patrice	CMS de Clichy
DRANCOURT	Michèle	ASS ESPERANCE PARIS et LA VAGUE A L'ÂME
DREVETON	Emeline	VILLE DE VALENCE
FIASSON	Dominique	VILLE DE SAINT ETIENNE
FOUZAI DAOUADI	Imène	VILLE DE GENNEVILLIERS (CMS)
GIOVANNINI	Eve	VILLE DE SAINT FONTS (CCAS)
GRYGIEL	Claire	PAYS ET QUARTIERS D'AQUITAINE
GUENIFEY	Antoine	DGS
GUILBERTEAU	Anne	FONDATION CROIX SAINT SIMON
GUILLARD	Alyne	SCHS FONTAINE
JEGOU	Nathalie	VILLE DE MONTREUIL
KASSEYET	Andjelani	CITE LE VILLAGE
KIAYA	Caroline	MAISON DE LA SANTE DE SAINT DENIS
KUNTZ	Daniel	VILLE DE NANTERRE
LAGIER	Cécile	VILLE DE DIJON
LANCAUCHEZ	Christine	VILLE DE BOBIGNY (DIRECTION DE L'ACTION SANITAIRE)
LE MOIGNE	Aurélia	CRAMIF
LEMOINE	Sylvie	VILLE DE CLICHY
LERAY	Delphine	COMMUNAUTE URBAINE DU GRAND NANCY
LOPEZ	Richard	VILLE DE CHAMPIGNY SUR MARNE (DIRECTION DE LA SANTE)
MARIN CARRILLO	Catherine	MAIRIE DE BESONS
MICHAUD	Cyril	VILLE DE NANTERRE
NUYTTENS	Gaëlle	DDASS DE LA SOMME
PAOLELLA	Françoise	VILLE DE VILLIERS LE BEL
PRADEAU	Gilles	
RONQUE	Sylvette	COMMUNAUTE URBAINE DE CHERBOURG
ROSSARD	Charlotte	DDASS DE LA SOMME
SELAHATTIN	Kaya	VILLE DE MONTREUIL (DIRECTION DE LA SANTE)
SERRE	Bernard	VILLE DE BOBIGNY (DIRECTION DE L'ACTION SANITAIRE)
STANCIU	Monique	VILLE DE VILLEJUIF
TAMARIT	Joséphine	DRASS AQUITAINE
TIFFOU	Hugo	GIP POLITIQUE DE LA VILLE DE MARSEILLE
VIET	Dominique	VILLE DE PONTO-COMBO
WOJNAROWSKI	Mireille	VILLE DE REIMS

VI. Bibliographie indicative et textes de référence

- lettre-circulaire interministérielle DGS/DIV/DP1 n°2009-68 du 20 janvier 2009 relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale et à la préparation de la mise en place des contrats locaux de santé
- Avis du Conseil National des Villes sur les Contrats Locaux de Santé, sept. 2008
- « Quelle place, quel rôle et quelle organisation du local dans le nouveau paysage de la santé publique », Institut Renaudot, 2005
- les lettres de l'Institut Renaudot n°61 et n°62

Annexes

A1 : Les huit repères du SEPSAC

Observatoire du Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire

La démarche communautaire en santé est caractérisée par un faisceau de critères interdépendants et complémentaires. Certains de ces points de repères (critères de définition) se réfèrent particulièrement à l'ensemble de la promotion de la santé (les 3 premiers), d'autres sont spécifiques à la stratégie communautaire (les 4 suivants), le dernier est centré sur la méthodologie.

La démarche communautaire vise à favoriser l'accès aux services et ressources qui favorisent la santé c'est à dire à rendre effectives les conditions et les possibilités d'accès à la santé (à l'information, à la prévention, aux droits, au dépistage, aux structures de santé...). Cette possibilité implique une accessibilité des services de santé au niveau géographique, culturel et financier. Elle s'inscrit dans un double mouvement : non seulement des usagers (habitants) vers les structures de santé mais également des professionnels de santé vers les habitants.

Des critères relatifs à une approche en promotion de la santé :

→ 1. Avoir une approche globale et positive de la santé

La démarche prend en compte et intègre outre les dimensions et paramètres du champ sanitaire (éducatifs, préventifs, curatifs) ceux du champ social, économique, environnemental et culturel.

→ 2. Agir sur les déterminants de la santé

La démarche agit sur les déterminants de la santé qui sont à la source des problèmes de santé (logement, environnement, éducation, culture, emploi...).

→ 3. Travailler en intersectorialité pour la promotion de la santé

Elle vise la participation de tous les acteurs concernés (spécialistes, professionnels, administratifs,...), favorisant ainsi les décloisonnements institutionnels et professionnels, associant tous les secteurs concernés pour une prise en compte de la santé globale. Le projet doit favoriser la diversification et l'augmentation des partenaires et des secteurs impliqués ; il doit également veiller à définir et à clarifier les rôles et places de chacun de ces partenaires dans un souci de transdisciplinarité.

Des critères spécifiques à la stratégie communautaire

→ 4. Concerner une communauté

Elle concerne une communauté, définie comme un ensemble de personnes présentant un sentiment d'appartenance commun (habitants, professionnels, élus, institutions). La communauté peut se définir selon son espace géographique, et/ou ses caractéristiques et/ou son intérêt commun et/ou sa situation problématique commune.

→ 5. Favoriser l'implication de tous les acteurs concernés dans une démarche de co-construction

La démarche favorise la création d'un contexte qui permette et encourage la co-construction et l'implication de tous les acteurs (habitants, professionnels, élus, institutions) dans les différentes étapes de la démarche (le diagnostic, la prise d'initiative, la décision, l'évaluation et l'évolution). Ce contexte est garant de la reconnaissance de la légitimité des compétences et de la capacité d'agir des citoyens.

→ 6. Favoriser un contexte de partage, de pouvoir et de savoir :

La démarche vise la mise en place de relations où la spécificité de chaque acteur (professionnels, institutions, politiques, habitants, usagers) est reconnue. Ces relations reposent sur un partage des savoirs et des pouvoirs.

→ 7. Valoriser et mutualiser les ressources de la communauté

Elle cherche à identifier, stimuler, mobiliser les ressources de chaque acteur individuel et collectif en reconnaissant leur spécificité et leur complémentarité.

Un critère méthodologique

→8. Avoir une démarche de planification par une évaluation partagée, évolutive et permanente

La démarche se réfère à un plan d'actions construit, élaboré à partir d'une approche des besoins, de leur priorisation, de la recherche de la meilleure utilisation des ressources, des stratégies les plus adaptées, accompagné d'un processus d'évaluation permanente basée sur un mode de concertation et de participation des intéressés.

A2 : Présentation sur les CLS – Marc SCHOENE

En ligne sur : www.institut-renaudot.fr, rubrique « Les Evénements », « Les Mardi de l'Institut », page spéciale dans notre base documentaire.