



1^{ère} rencontre nationale des Ateliers Santé Ville

Les ASV et les politiques
territorialisées de santé :
PARTICULARITES ET PERSPECTIVES

ACTES DE LA RENCONTRE

ateliers santé ville
PLATEFORME NATIONALE
DE RESSOURCES

11 & 12 avril 2013

Conservatoire National des Arts et Métiers - Paris

Co-directeurs de la publication :

Agnès BENSUSSAN
Olivier ROVERE

Coordination :

Séverine BOSSON

Contact Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville :

contact@plateforme-asv.org

Comité d'organisation

Agnès BENSUSSAN, *coordinatrice Atelier santé ville du bassin alésien, association RESEDA*

Anne GUILBERTEAU, *coordinatrice Atelier santé ville, Paris 20e, Collectif ASV IDF*

Bénédicte MADELIN, *directrice, Profession Banlieue*

Catherine RICHARD, *chargée de mission santé, DRJSCS Ile-de-France*

Olivier ROVERE, *président de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville*

Aude SALAMON, *chargée de mission, Elus, santé publique & territoires*

Stéphane TESSIER, *médecin Promotion de la santé, Mairie de Vitry-sur-Seine*

Sarah VERNIER, *chargée de mission, animation régionale des ASV, Cres PACA*

Arnaud WIEHN, *chargé de mission « Santé et Territoires », Ireps d'Aquitaine*

Réalisation graphique :

Résumémo

Impression :

Imprimerie des Hauts de Vaine

Dépôt légal : novembre 2013

ISBN : en cours



**Colloque organisé par la Plateforme nationale
de ressources Ateliers santé ville**

**Les ASV et les politiques territorialisées de santé :
Particularités et perspectives**

Actes de la rencontre

11 et 12 avril 2013 - Paris

Présentation de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville

Origine de la démarche

Mis en place depuis la circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000, les Ateliers santé ville (ASV) ont pour mission de conduire des programmes d'actions de santé de proximité dans les quartiers de la politique de la ville. Inscrits dans le cadre des contrats urbains de cohésion sociale (Cucs), pouvant s'intégrer dans la démarche des contrats locaux de santé (CLS), ils contribuent à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé entre territoires d'une commune ou de leur regroupement.

Les expériences d'animation départementale, régionale, ou interrégionale des ASV ont conforté la nécessité de constituer un réseau national visant à promouvoir les pratiques des acteurs locaux aux niveaux régional et national.

Suite à une étude de préfiguration initiée par le SG-CIV et associant divers acteurs de différents territoires intéressés par la démarche, **la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville a été créée le 17 octobre 2011 en association loi 1901.**

Elle a pour objet de constituer un espace de mise en réseau et un lieu ressources visant à promouvoir les démarches territoriales et les approches populationnelles de santé publique portées par les Ateliers santé ville depuis treize ans.

Missions

La Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville **s'adresse à l'ensemble des acteurs impliqués dans les démarches territoriales de santé publique et la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé**, sur tous les territoires de France, y compris les DOM : professionnels, élus, institutionnels, partenaires nationaux, régionaux, départementaux et locaux, réseaux associatifs, chercheurs, universités...

Ses missions sont de :

- contribuer à la réflexion sur la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé :
 - en diffusant les acquis des ASV en termes de démarche et de connaissance de la situation sanitaire et sociale des territoires ;
 - en menant un travail de capitalisation des dynamiques territoriales, des outils, méthodes et actions développés ;
 - en favorisant les échanges de pratiques et d'analyses sur les approches territoriales et thématiques des ASV ;
- constituer un réseau national référent pour les acteurs locaux, régionaux et nationaux (politique de la ville, santé, social, urbanisme) ;
- faciliter l'accès à l'information et aux ressources nécessaires au fonctionnement des ASV (textes de référence, actualités, données, expériences, formations, bonnes pratiques...) ;
- être force de propositions et de ressources pour la recherche, l'innovation et l'expérimentation dans le cadre des dynamiques territoriales de santé.

Actions

L'approche générale favorise **le partage d'expériences, de savoirs et la réflexion** :

– Information

- Création du site internet
- Newsletter

– Capitalisation et valorisation

- Capitalisation des productions des ASV
- Journées d'échanges de pratiques
- Publications des actes
- Contribution au développement de programmes dans une approche qualité

– Mise en réseau des acteurs

- Créer un réseau national des ASV référent
- Renforcer les synergies régionales et favoriser les échanges inter-régionaux
- Renforcer les liens avec la recherche

Moyens, membres et partenaires de l'association

- Un Conseil d'administration composé de 23 personnes et un bureau de 7 personnes (2013)
- Une coordinatrice permanente salariée
- Depuis sa création, l'association est **soutenue financièrement par le Secrétariat général du Comité interministériel des villes (SG-CIV) et par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)**. En 2013, l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (Acsé) finance certaines actions. Les membres adhérents contribuent également au développement de l'association par leur cotisation annuelle.
- **59 membres adhérents en 2012** : coordinateurs ASV, communes, regroupement de communes et associations porteuses des ASV, partenaires ressources dans les champs de la santé publique, de la cohésion sociale et de la politique de la ville, chercheurs, etc.
- **15 régions représentées** (Alsace, Aquitaine, Basse-Normandie, Centre, Champagne-Ardenne, Guyane, Haute-Normandie, Ile-de-France, Languedoc-Roussillon, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire, Picardie, Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Poitou-Charentes, Rhône-Alpes) plus le niveau national.

[Introduction

Au nom des adhérents et des membres du Conseil d'administration de la Plateforme nationale de ressources Ateliers Santé Ville, nous sommes heureux de publier les actes des premières journées nationales organisées par la Plateforme les 11 et 12 avril 2013.

Événement attendu depuis le rassemblement national des coordinateurs Ateliers santé ville (ASV) à Bordeaux en 2008, ces journées avaient pour objectif de réfléchir et d'échanger sur le rôle que peuvent jouer les ASV dans le nouveau paysage des politiques territorialisées de santé. Elles s'inscrivent aussi dans le cadre d'une volonté plus large de capitalisation et de valorisation de ces démarches, double processus qui est le cœur de la mission que s'est donnée notre association depuis sa constitution en octobre 2011, grâce au soutien financier du SG-CIV et de l'Inpes.

La variété des 272 personnes inscrites à ces journées reflète la diversité des partenaires qui s'intéressent et contribuent à la vie et au développement des ASV : une centaine de coordinateurs d'Ateliers santé ville, une quarantaine d'associations actives dans le champ de la santé, de l'action sociale et de la politique de la ville, des professionnels de santé de premier recours, différents représentants de l'Etat (préfectures, DRJSCS, DDCS et ARS) mais aussi – nous en avons été particulièrement heureux – des chercheurs (Inserm, EHESP, SFSP, CNRS, INCA etc.) et des élus locaux.

Les échanges qui ont eu lieu entre tous ces acteurs témoignent de la richesse des expériences locales, dans toutes les régions du territoire national, à toutes les échelles d'action et à tous les niveaux d'intervention. Ils donnent aussi un aperçu du chemin parcouru depuis les 12 années d'existence des Ateliers santé ville, et en premier lieu de la capacité de transformation dont sont porteuses ces démarches. Celle-ci s'exprime dans un foisonnement d'expérimentations que l'on peut appréhender sous l'angle des politiques de santé (décentralisation, posture ascendante, prévention et promotion de la santé, démocratie sanitaire), des territoires (développement des partenariats et de la coopération intersectorielle, action conjointe sur les déterminants de la santé et le développement durable) ou encore des populations (réduction des inégalités sociales et territoriales, amélioration de l'accès et de la continuité des soins, participation aux politiques de santé).

Mais ce dont témoignent aussi les acteurs qui ont participé à ces journées, c'est que cette capacité de transformation que portent les Ateliers santé ville ne va pas de soi. Elle suppose une vigilance active de l'ensemble des acteurs qui l'alimente, celle des coordinations ASV qui doivent accompagner le changement des pratiques tout en garantissant le cadre, la méthodologie et le sens de leur mission, celle de l'ensemble des partenaires qui doivent y trouver leur juste place, et celle des élus auxquels revient la lourde tâche d'inscrire durablement la santé dans le paysage des politiques locales, au-delà des mandats et des échéances électorales. Nous avons entendu, sur ce dernier point, le risque mais aussi l'opportunité que constituent les prochaines élections municipales de 2014 pour asseoir les politiques locales de santé et la méthodologie des ASV.

Dans ce contexte, ces journées ont été également l'occasion d'exprimer les préoccupations suscitées par l'incertitude qui pèse sur le devenir des ASV et, à travers eux, sur celui des approches méthodologiques et politiques qu'ils incarnent. Cette incertitude nous renvoie en miroir aux limites de notre capacité à démontrer, aujourd'hui, la plus-value des démarches ASV et à la faire valoir auprès des décideurs politiques. Vus sous cet angle, les riches échanges qui ont eu lieu durant ces journées permettent de mieux tracer les contours de quelques-uns des chantiers de l'avenir.

L'un d'entre eux est celui de l'amélioration continue de la qualité des actions mises en place dans le cadre des démarches ASV et ce, à travers des échanges d'expériences, des formations, des actions de capitalisation, etc. Cette exigence concerne tous les champs d'actions des ASV, mais tout particulièrement ceux permettant une réelle participation des habitants aux actions et politiques locales de santé ; faute de quoi, le risque est grand d'alimenter des discours alibis dépourvus de toute réalité. Ainsi, participer à poser les bases d'une véritable démocratie sanitaire suppose une montée en compétences des coordinateurs ASV et de leurs partenaires dans leur capacité à la fois à accompagner les citoyens/habitants/usagers à prendre la parole individuellement et collectivement, à mettre en forme cette parole et à la faire entendre par les décideurs. Les expériences partagées lors de ces deux journées nationales sont venues confirmer que ces différentes étapes ne vont pas de soi, qu'il existe une réelle difficulté à passer du soutien à la participation des citoyens/habitants/usagers à des actions locales à celui de leur authentique intégration/représentation dans des instances de décision, et que ces processus prennent du temps. Il est important de capitaliser et de valoriser les expériences des ASV sur ces questions, de développer la formation des coordinateurs ASV et de leurs partenaires et d'encourager les échanges d'expériences, ceci avec le soutien des élus engagés dans les politiques locales de santé.

Un autre chantier ouvert durant ces journées est celui du développement de la coopération entre les ASV et leurs partenaires locaux d'un côté, et les universités et les chercheurs de l'autre. Les premiers s'accordent sur la nécessité d'améliorer la méthodologie de projet et d'action des démarches ASV et d'en mieux démontrer leur plus-value – à condition que cette exigence s'inscrive dans un cadre plus général d'évaluation comparée de l'ensemble des stratégies d'intervention en santé publique. Les seconds expriment un intérêt croissant pour les démarches ASV et leur impact sur la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, tout en insistant sur les questionnements que ce champ de recherche suscite en termes de capacité pour les chercheurs à travailler en interdisciplinarité. Nous avons entendu, durant ces deux journées, que des expérimentations locales de partenariat existent mais qu'elles sont encore assez isolées et souvent mal identifiées et, surtout, que leurs conclusions mériteraient davantage de visibilité. Sans aucun doute, il nous faudra durant les prochaines années multiplier les espaces d'échanges et de travail entre ces deux milieux professionnels, et créer ainsi les conditions pour une meilleure diffusion des connaissances à l'échelle du territoire national.

Mais pour poursuivre ces chantiers, les acteurs engagés dans l'animation de politiques locales de santé ont besoin d'un cadre d'action univoque et soutenant qui renvoie aux responsabilités des ministères et du gouvernement. Dans un contexte de réforme de la politique de la ville et d'élaboration d'une nouvelle stratégie nationale de santé, François Lamy, ministre délégué en charge de la Ville, est venu présenter l'avancée que constitue la signature de la convention triennale d'objectifs pour les quartiers populaires (19 avril 2013) entre son ministère et celui des Affaires sociales et de la Santé et ceux délégués aux Personnes âgées, à l'Autonomie, à la Famille, aux Personnes handicapées et à la Lutte contre l'exclusion. Mais il n'a pu rassurer les acteurs présents sur le maintien de la santé comme l'un des axes prioritaires des nouveaux contrats de ville.

Au-delà du maintien des démarches ASV en tant que telles, et malgré l'arrivée des Contrats locaux de santé (CLS) et des Conseils locaux de santé mentale (CLSM), c'est la question de l'avenir des démarches micro-locales en santé, à la croisée des approches territoriales et populationnelles, au plus près des habitants, qui est aujourd'hui posée et, avec elle, celles des bases d'une véritable démocratie sanitaire, d'un réel partage du pouvoir avec les citoyens/habitants/usagers.

Les coordinateurs ASV et leurs partenaires sont toujours dans l'attente de la définition d'un double cadre légal et financier qui vienne ancrer dans une réalité durable les grands principes affichés par les décideurs gouvernementaux : participation des habitants et démocratie locale citoyenne, réduction des inégalités sociales et territoriales, prévention et promotion de la santé, santé globale et cohésion sociale.

Nous invitons tous ceux qui sont aussi dans cette attente, et qui souhaitent l'exprimer de manière concertée, à se rapprocher de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville.

Agnès BENSUSSAN

Présidente de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville

Olivier ROVÈRE

Ancien président de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville

[Sommaire

INTRODUCTION	6
OUVERTURE	10
<i>Éric BRIAT, Secrétaire général adjoint du Comité interministériel des villes (SG-CIV)</i>	
<i>Thanh LE LUONG, Directrice générale de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)</i>	
<i>Olivier ROVERE, Président de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville</i>	
Restitution des travaux de la Plateforme nationale de ressources Atelier santé ville	15
• Site internet	16
• Enquête sur les besoins en formation des coordinateurs ASV	17
• Etat des lieux des animations régionales des ASV	18
• Journée d'échange de pratiques et de réflexion : « Les CLS, quelles plus-values pour les ASV ? »	20
<i>Séverine BOSSON, Coordinatrice de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville</i>	
Echanges avec la salle	23
1^{ère} TABLE RONDE - L'apport des démarches ASV à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé : regards croisés en santé publique	29
Animateur : Pierre LOMBRIL, Société française de santé publique (SFSP)	
• Les inégalités socio-territoriales de recours aux soins : l'exemple du dépistage du cancer du col utérin dans l'agglomération parisienne	29
<i>Pierre CHAUVIN, Directeur de recherche en épidémiologie sociale, Inserm</i>	
• Comment les soins peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités sociales de santé ?	34
<i>Florence JUSOT, Professeur de sciences économiques à l'Université de Rouen et Chercheur associé à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)</i>	
• Inscription des ASV dans la stratégie de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé : construction d'un avis du Haut Conseil de la santé publique (HCSP)	37
<i>Didier FEBVREL, Médecin territorial de santé publique, HCSP</i>	
• Inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité	39
<i>Thierry LANG, Président du groupe de travail « Inégalités sociales de santé » du HCSP</i>	
Echanges avec la salle	42
2^e TABLE RONDE - Besoin en santé des territoires prioritaires et pilotage partenarial : les effets d'une mobilisation des compétences territoriales	46
Animateur : François HANNOYER, DAC communication	
• L'approche départementale sur les questions de santé	47
<i>Yves TALHOUARN, Délégué général à l'Inspection des services, à la réforme des politiques publiques et à la santé, Conseil général du Val-de-Marne</i>	
• La participation des représentants des usagers	49
<i>Michel SABOURET, Représentant des usagers, Collectif inter-associatif sur la santé Rhône-Alpes, Réseau Santé, ASV Lyon, Observatoire de la santé de Lyon</i>	
• Le partenariat institutionnel régional : l'expérience d'une Agence régionale de santé	51
<i>Fabienne RABAU, Directrice de la santé publique et de l'offre médico-sociale de l'Agence régionale de santé d'Aquitaine</i>	
• Les champs de compétences des préfets délégués à l'égalité des chances	53
<i>Pascal JOLY, Préfet délégué pour l'égalité des chances auprès du Préfet de la région Nord-Pas-de-Calais</i>	
Echanges avec la salle	56

3^e TABLE RONDE - Les contrats des politiques de santé et de la ville : le point de vue des élus des collectivités locales

61

Animatrice : **Marianne AUFFRET**, Adjointe au maire, chargée de la santé, Mairie du 14^e arrondissement de Paris

Intervenants :

Alexandre FELTZ, Vice-président de la Communauté urbaine de Strasbourg, Conseiller municipal délégué à la santé de la Ville de Strasbourg

Julie LE GOÏC, Adjointe au Maire déléguée à la santé de la Ville de Brest

Nathalie MAGNIN, Adjointe politique de la Ville, Ville de Gaillard, élue référente des ASV, Annemasse Agglomération

Echanges avec la salle

69

ATELIERS PARALLELES

La démarche ASV dans les politiques de santé : des leviers pour interagir

78

• **Synthèse de l'Atelier 1 : L'ASV à la croisée des politiques locales de santé et des politiques de cohésion sociale** 78

Animateur : **Serge FRAYSSE**, Directeur de l'éducation, de la santé et de la prévention de la délinquance, Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (Acsé)

Rapporteure : **Agnès BENSUSSAN**, Coordinatrice Atelier santé ville du bassin alsésien, association RESEDA

• **Synthèse de l'Atelier 2 : La participation des habitants aux actions et politiques de santé : leviers et perspectives** 82

Animatrice : **Mariela GALLI**, Consultante/formatrice, Institut Renaudot

Rapporteure : **Martine ANTOINE**, Directrice de la Maison de la prévention de Fontenay-sous-Bois

• **Synthèse de l'Atelier 3 : La réponse collective aux questions de santé mentale : l'apport des dispositifs existants** 85
(Cucs, CLS, CLSM)

Animatrice : **Aude CARIA**, Directrice, Psycom

Rapporteure : **Pilar ARCELLA-GIRAUX**, Médecin référent santé mentale & addictions, DT-ARS Ile-de-France

• **Synthèse de l'Atelier 4 : Accessibilité à la prévention et aux soins / rénovation urbaine et aménagement du territoire : quelles interactions ?** 88

Animateur : **Arnaud WIEHN**, Chargé de mission « Santé et Territoires », Ireps Aquitaine,

Rapporteure : **Laura MEZIANI**, Coordinatrice Atelier santé ville, membre du collectif ASV IDF

• **Synthèse de l'Atelier 5 : Le rôle des ASV dans le recours à l'offre de soins de proximité** 92

Animatrice : **Delphine FLOURY**, Coordinatrice, Fédération des maisons et pôles de santé d'Ile-de-France (FémasIF)

Rapporteure : **Anne GUILBERTEAU**, Coordinatrice Atelier santé ville Paris 19e, membre du collectif ASV IdF

CONCLUSION DES ATELIERS

94

Laurent EL GHOZI, Président de l'Association « Élus, santé publique et territoires »

Echanges avec la salle

99

CLOTURE DE LA RENCONTRE

101

François LAMY, Ministre délégué en charge de la Ville

Echanges avec la salle

104

ANNEXES

110

Sigles et abréviations

110

Résultats de l'enquête de satisfaction

112

Bibliographie

118

OUVERTURE

Éric BRIAT, *Secrétaire général adjoint du Comité interministériel des villes (SG-CIV)*

Thanh LE LUONG, *Directrice générale de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)*

Olivier ROVERE, *Président de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville*

Olivier ROVERE, *Président de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville*

Bonjour à toutes et à tous. Je suis heureux de vous accueillir au nom des adhérents et du Conseil d'administration de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville dans ce magnifique amphithéâtre. 272 participants se sont inscrits à ces deux journées. Le dernier événement national consacré aux Ateliers santé ville a eu lieu il y a cinq ans à Bordeaux. Les inégalités sociales et territoriales de santé avaient alors été longuement évoquées et la rencontre s'était soldée par un succès. Étant donné la qualité des personnes intervenantes, je ne doute pas que ces deux jours connaissent le même succès.

Avant de laisser la parole au Secrétariat général du Comité Interministériel des villes (SG-CIV) et à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), j'aimerais vous donner quelques chiffres. 41 % des personnes présentes sont des acteurs de la politique de la ville. Nous comptons une centaine d'Ateliers santé ville (ASV) et centres de ressources en politique de la ville (CRPV), 20 % d'associations, dont 10 % sont plutôt spécialisées dans le domaine de la santé, notamment les Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) et les Comités départementaux d'éducation pour la santé (CoDES). 10 % des associations sont issues du secteur social. Le monde de la recherche et des sociétés savantes est largement représenté puisque 9 % des participants viennent de l'Inserm, de la Sorbonne, de l'École des hautes études en santé publique (EHESP), de la Société française de santé publique (SFSP). Nous accueillons également de nombreux représentants des professionnels de santé du premier recours qui travaillent dans les quartiers politiques de la ville, à travers les centres de soins infirmiers ou les maisons de santé. 9 % des Agences régionales de santé (ARS) ont fait le déplacement, 7 % de représentants de l'État, que ce soit les préfetures, les Directions régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) et les Directions départementales de la cohésion sociale (DDCS), et 5 % d'élus. Quelques représentants d'usagers sont également présents.

Je laisse à présent la parole à M. Éric BRIAT, Secrétaire général adjoint du Comité interministériel des villes qui représente M. MASUREL.

Éric BRIAT, *Secrétaire général adjoint du Comité interministériel des villes (SG-CIV)*

Merci de votre accueil. Je représente M. Hervé MASUREL, Secrétaire général du Comité interministériel des villes qui malheureusement n'a pas pu se joindre à nous, mais qui m'a demandé de le remplacer pour l'ouverture de ces deux journées de travail, auxquelles nous accordons une très grande importance. L'accès au droit et aux soins, l'éducation à la santé, la prévention sont des enjeux majeurs dans les quartiers populaires. Différents rapports, dont ceux de l'observatoire national des zones urbaines sensibles (Onzus) qui est rattaché au Comité interministériel des villes (CIV), soulignent les écarts persistants dont souffrent les habitants de ces quartiers. Dans ces zones, un tiers des habitants se considèrent comme étant en mauvaise santé contre 25 % dans les agglomérations environnantes. Le surpoids, l'obésité, la mauvaise santé bucco-dentaire y sont plus fréquents et un tiers des femmes déclare souffrir de maladies chroniques. L'offre de soins de premier recours dans ces zones urbaines sensibles est moindre que celle observée dans les agglomérations environnantes et la densité des professionnels de santé par habitant est inférieure de moitié, en particulier pour les médecins spécialistes et les infirmiers.

C'est dans ce contexte difficile que s'inscrit l'action des Ateliers santé ville (ASV). Leur finalité est de programmer et de coordonner des projets locaux de santé publique à l'échelle locale avec les acteurs et les professionnels de santé, mais également avec les habitants. Je note avec intérêt la présence d'usagers dans la salle. La participation des habitants à l'élaboration de réponses à leur situation sanitaire est primordiale pour nous. L'action des ASV repose sur une connaissance fine et objective de l'état de santé des publics grâce à un diagnostic territorial partagé et une évaluation des besoins des populations. Elle propose une méthode de travail impliquant l'ensemble des professionnels concernés, les établissements de santé, les professionnels libéraux, les centres et maisons de santé, les collectivités territoriales et les acteurs de la société civile, en commençant bien évidemment par les associations. Les actions de prévention et de promotion de la santé portent

sur des thèmes prioritaires tels que les addictions, la santé mentale, l'obésité ou l'accessibilité aux droits. Les ASV s'inscrivent résolument dans une démarche partenariale, ils apportent des réponses pragmatiques et opérationnelles aux difficultés rencontrées par les habitants des quartiers de la politique de la ville. Ils bénéficient de ce fait du soutien des crédits de la politique de la ville, mis en œuvre par l'Acse, sous la conduite du ministre délégué chargé de la ville, M. François LAMY, qui clôturera vos travaux et tracera les nouvelles perspectives qui s'ouvrent aux ASV dans le cadre de la nouvelle politique de la ville, qu'il a conçue, portée et engagée depuis sa prise de fonction.

En ouverture de vos travaux, je souhaiterais rappeler l'attention et le soutien constants que les pouvoirs publics ont portés à l'action des ASV depuis 2001, conformément aux orientations du Comité interministériel des villes du 28 février 2011. Des actions ont été conduites pour harmoniser les pratiques et favoriser le développement du réseau : la diffusion d'un cadre national de référence au travers d'une instruction interministérielle qui portait à la fois sur le champ de la cohésion sociale, de la santé et évidemment de la ville ; la mise en place d'animations locales ; la constitution enfin d'une Plateforme nationale des ressources des Ateliers santé ville soutenue par le SG-CIV et par nos partenaires de l'Inpes, que je salue.

Le Comité interministériel des villes du 19 février 2013 a tracé de nouvelles perspectives pour les Ateliers santé ville. La mesure 4 de la décision n°9 (« Coordonner la stratégie régionale de santé portée par l'ARS avec les contrats de ville ») est précisée comme suit : « *Mise en cohérence des volets santé des futurs contrats de ville et des CLS comportant des cibles territoriales sur les quartiers prioritaires et positionnement des ASV comme dispositif d'animation de ces deux outils contractuels* ». Le ministre reviendra sur les conséquences de cette décision de principe demain. Nous voyons en effet qu'en ces temps de recherche d'une plus grande efficacité de l'action publique et des crédits budgétaires, cette mise en cohérence est nécessaire. Positionner les ASV comme dispositifs d'animation de ces deux outils, contrats locaux de santé et contrats de ville, sera donc un enjeu central pour les années à venir. Hervé MASUREL m'a dit lors de la préparation de cette intervention que les ASV seraient « *les chevilles ouvrières* » de ces nouveaux contrats de ville et seraient harmonisés avec les contrats locaux de santé. Je suis convaincu que vous aurez à cœur de mener à bien cette nouvelle articulation, ce nouveau rôle des ASV.

Tout ceci sera très prochainement inscrit dans la convention que vont signer le ministre des Affaires sociales et de la Santé et le ministre délégué, chargé de la Ville. C'est pourquoi le programme des deux tables rondes d'aujourd'hui : « *l'apport des démarches ASV à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé* », « *le pilotage partenarial et la mobilisation des compétences territoriales* », et l'ensemble des ateliers thématiques que vous allez organiser demain, couvrent l'éventail des interrogations et des solutions du volet santé de la nouvelle étape de la politique de la ville. Ce n'est pas une clause de style, ce n'est pas la figure obligée de tout discours d'ouverture, le SG-CIV sera à l'écoute de vos conclusions. Un de nos agents, M. Jean-Yves LEFEUVRE, est d'ailleurs présent et assistera à ces deux journées. Toutes vos conclusions, interrogations, réflexions nourriront cette nouvelle étape de la politique de la ville et contribueront à la construction et à l'élaboration des nouveaux contrats de villes. Je vous souhaite de bons travaux, des réflexions fructueuses et vous remercie de votre accueil.

Thanh LE LUONG, Directrice générale de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

Bonjour à tous. L'Inpes était déjà présente le 27 janvier 2012 lors du lancement officiel de la première assemblée générale de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville. Un an après, c'est avec un grand plaisir que l'Inpes participe à l'ouverture des travaux de ces premières journées organisées par la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville. Nous souhaitons vous assurer de notre présence à vos côtés.

Mon intervention sera brève. Je souhaite vous expliquer pourquoi, dès 2010, l'Inpes a accompagné le travail de préfiguration de cette structure qui se concrétise aujourd'hui par ces journées et je vous indiquerai ensuite comment nous souhaitons contribuer à la vie des Ateliers santé ville.

La prise en compte effective des questions de santé et de leurs différentiels à l'échelle du territoire est récente et s'est traduite par une volonté politique au plus haut niveau. Ainsi, la lettre de mission qui m'a été confiée par le ministre de la Santé de l'époque demandait explicitement que l'Inpes puisse « *apporter un appui à la politique menée en faveur des zones urbaines sensibles* ».

Dans cette perspective, une stratégie a été définie au sein de notre institut, appuyée par la création d'un poste dédié au soutien des quartiers de la politique de la ville. Pour nous, le territoire de proximité est l'espace pertinent pour penser l'ancrage d'une politique locale de santé. Les objectifs généraux de notre institut sont de soutenir les différents acteurs de ces territoires,

dont les élus, sur les questions de prévention et de promotion de la santé et de développer des outils et des méthodes qui permettent la prise en compte de cette dimension au niveau le plus pertinent, afin de favoriser une meilleure prise en compte de la thématique des inégalités sociales et territoriales de santé dans les interventions des professionnels, des champs de la santé, de l'éducation et du social.

Pour notre institut dont le travail se situe au niveau national, soutenir la politique de la ville fait partie de nos missions et correspond à la nécessité de travailler sur la réduction de ces inégalités.

Comment l'Inpes va-t-il apporter sa contribution ? Une Plateforme nationale de ressources répond à notre désir de nourrir les Ateliers santé ville et de se nourrir de leurs expériences. La capitalisation de cette expertise est d'autant plus importante que les signatures des contrats locaux de santé sont en cours de développement. Par ailleurs, l'Inpes a pu mener ponctuellement l'évaluation des programmes portés par des Ateliers santé ville et nous sommes tout à fait conscients de l'intérêt des actions conduites, de leur pertinence, des enseignements qu'il serait possible d'en tirer et de la richesse à les faire partager.

Au cœur de tout cela, le travail intersectoriel conduit par les Ateliers santé ville nous paraît central parce qu'il permet de mobiliser et de travailler sur les différents déterminants sociaux de santé. Ces déterminants sociaux, vous les connaissez. Ils constituent le plus souvent autant de leviers qui permettent d'agir pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Ces leviers et le travail intersectoriel que les Ateliers santé ville déploient permettent aux interventions de réduire ces inégalités et d'être efficaces.

À ce titre, l'Inpes s'engage à mettre à disposition plusieurs outils méthodologiques qui sont disponibles et permettraient d'améliorer la qualité des interventions, aussi bien dans le domaine du diagnostic, de l'élaboration et de la planification des projets que sur leur évaluation. Plusieurs de ces outils sont sous-tendus par une approche dite du modèle écologique qui permet d'avoir un regard systémique en prise avec la construction des inégalités sociales et territoriales de santé. Voilà l'essentiel. Je ne doute pas que cette journée sera extrêmement fructueuse et je vous invite à vous rapprocher de nous pour toute demande que nous serions en mesure de traiter.

Olivier ROVERE, *Président de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville*

La démarche des Ateliers santé ville s'est développée en France début des années 2000 avec pour finalité la réduction des inégalités sociales et territoriales dans les quartiers de la politique de la ville en menant des actions de proximité. Douze ans plus tard, force est de constater qu'avec la crise qui perdure, ces inégalités sociales et territoriales se sont non seulement maintenues, mais se sont creusées de manière insupportable. Elles traversent l'ensemble du corps social. Je lisais dans la presse ce matin qu'entre 2011 et 2012, le nombre d'allocataires du RSA avait augmenté de 5 % au niveau national. Est-il nécessaire de rappeler que les habitants vivant dans les zones urbaines sensibles, dans les quartiers de la politique de la ville sont en moins bonne santé que leurs concitoyens.

Les situations de précarité, de vulnérabilité sociale auxquelles sont confrontées ces personnes ont un impact important sur leur santé, mais aussi sur leur comportement vis-à-vis de la santé : renoncement aux soins dû à des problèmes financiers, accès et recours tardif et difficile aux soins, problèmes de poids et d'addiction, souffrance psychique... Les besoins dans les territoires les plus fragiles sont criants, ils appellent une réponse de proximité. Le droit commun ne suffit pas à lui seul à faire levier. Pour toutes ces raisons, la santé doit rester la priorité de la politique de la ville. Nous ne sommes plus dans les premières années de la mise en œuvre des Ateliers santé ville, nous avons douze ans de recul, ce qui nous permet aujourd'hui d'identifier les points faibles et les points forts dans l'élaboration et la mise en œuvre de cette démarche. Nous devons capitaliser toute cette richesse d'expériences acquises, tant en termes de stratégie politique opérationnelle qu'en termes d'outils, de méthodes et d'actions développées afin de les partager entre les Ateliers santé ville et plus largement entre les acteurs de la politique de la ville, mais aussi aux différents niveaux décisionnels et politiques tant au niveau régional que national. C'est l'un des rôles qui incombent à la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville et ce sont les objectifs que nous nous sommes fixés pour ces deux journées. Il faut que nous puissions effectivement nous nourrir de cette expérience.

Lors du colloque de 2008 se posait notamment la question de la légitimité que pourraient avoir les Ateliers santé ville dans la nouvelle définition des politiques régionales de santé qui se préfigurait au moment où les Agences régionales de santé (ARS) allaient arriver. Cette question est toujours d'actualité. Dans le contexte actuel de la mise en œuvre des contrats locaux de

santé, dans la réforme annoncée de la politique de la ville et des futurs contrats uniques, se pose aujourd'hui la question de la reconnaissance des Ateliers santé ville. Quelle pourrait être la place de l'Atelier santé ville au sein de ces nouvelles gouvernances qui se dessinent ? Quels seraient les rôles des coordonnateurs de ces ateliers ? Sur quels territoires interviendraient-ils ? Sur quels champs et avec quelles missions ? Ces questions seront abordées au cours de la table ronde n°2 cet après-midi et lors de la table ronde avec les élus demain.

Il ne s'agit pas d'imposer un modèle unique de ce que devraient être ces articulations, ces pilotages ou ces animations, car chaque projet de territoire est singulier, mais bien de mettre en valeur les territoires où l'intelligence collective a permis de construire des réponses adaptées et pertinentes. C'est aussi le rôle de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville de faire remonter au niveau national, outre les difficultés que vous rencontrez pour mener à bien vos missions, les expériences qui fonctionnent, les actions innovantes, les bonnes pratiques. Être force de propositions, de ressources pour la recherche, l'innovation, la mise en réseau des acteurs du niveau local, régional et national, telles sont aussi les missions de notre Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville.

Il y a de nombreuses similitudes dans la démarche entre les projets de territoire portés par les Ateliers santé ville, le volet santé des contrats urbains de cohésion sociale (Cucs), le volet santé des projets de réussite éducative (PRE), les contrats locaux de santé (CLS), les Conseils locaux en santé mentale (CLSM) :

- un engagement volontaire des élus pour mettre en œuvre avec les partenaires et les institutions compétentes un projet de santé sur un territoire,
- la volonté d'apporter des réponses de proximité à des besoins clairement identifiés en associant la population et les usagers,
- la mise en œuvre d'une méthodologie rigoureuse, reconnue et partagée par les partenaires (observation, diagnostics, priorisation, plans d'action, évaluation de la santé publique),
- la nécessité d'articuler, de coordonner des dynamiques locales mais également les professionnels de santé pour mettre en œuvre une politique qui soit véritablement partagée,
- la volonté de décloisonner les politiques sectorielles afin d'apporter une réponse la plus large et complète possible en dépassant les rapports de force entre les collectivités, l'État et les agences régionales de santé.

Au-delà de ces similitudes, il nous apparaît fondamentalement de positionner clairement l'Atelier santé ville au regard de ses missions initiales. Si l'Atelier santé ville peut être promoteur d'un contrat local de santé, d'un conseil local de santé mentale, d'une maison ou d'un pôle de santé, il ne peut pas en être l'opérateur, au risque de ne plus répondre à ses missions premières et de diluer son action. L'ingénierie dédiée à la démarche de l'Atelier santé ville (ASV) ne doit pas être phagocytée par d'autres démarches. L'ASV s'inscrit dans les quartiers de la politique de la ville, auprès des populations les plus vulnérables, avec une mission, reconnue dans le référentiel qui a été publié en 2011, consacrée à l'élaboration d'une programmation locale, qui favorise la promotion de la santé, l'accès à la prévention et à l'offre de soins de premier recours ainsi qu'à l'accompagnement médico-social.

L'Atelier santé ville n'a pas vocation à aller sur d'autres territoires que ceux de la politique de la ville. Il peut tout à fait représenter le volet prévention, promotion de la santé du contrat local de santé, mais sur les territoires les plus fragiles. Dès lors où les missions de coordination sont élargies sur d'autres territoires géographiques, sur d'autres champs d'intervention, le droit commun doit intervenir. L'ARS doit soutenir financièrement l'ingénierie locale et non pas seulement des actions de prévention. Faut-il rappeler que la politique de la ville doit être supplétive aux politiques de droit commun et non pas s'y substituer ou y pallier. Il faut être vigilant à ne pas perdre d'un côté ce que l'on a gagné de l'autre.

Avec les ARS, les futurs contrats uniques de la politique de la ville, il faut espérer un véritable engagement du droit commun, financier, humain, qui permette de construire de véritables parcours de santé, de la promotion de la santé, de l'éducation à la santé, aux soins ambulatoires, aux soins hospitaliers, au médico-social. J'insiste : ce n'est pas un parcours de soins mais un parcours de santé, et ceci dans le respect des compétences de chacun et dans la reconnaissance des démarches existantes.

Comment faire valoir la spécificité d'une action locale dans la déclinaison des politiques régionales et nationales ? Dans la confrontation du savoir expert et du savoir profane, quelle peut être la reconnaissance de la population ? Quel espace existe-t-il pour écouter et respecter cette parole ? Comment conjuguer sur un plan politique et opérationnel la démocratie

représentative et la démocratie participative ? Ces questions seront notamment abordées dans l'atelier n°2 vendredi.

En conclusion, la démarche des Ateliers santé ville est aujourd'hui reconnue comme un outil d'expression d'une politique locale de santé permettant de nouvelles stratégies de réduction des inégalités sociales. Les ASV sont reconnus comme une démarche favorisant en particulier les approches transversales. Ils laissent la place belle au travail de proximité, au plus près des populations, avec elles, sans les stigmatiser. L'Atelier santé ville est une démarche qui a permis d'élaborer une nouvelle culture de la programmation santé publique et de développer de nouveaux métiers, comme les coordonnateurs d'Atelier santé ville.

Je suis particulièrement satisfait de voir dans ma région et dans d'autres que, quand il s'agit de recruter un coordonnateur pour une maison de promotion de la santé, quand parfois même l'ARS ou certains contrats locaux de santé recrutent pour son service de promotion de santé, que les fiches de postes des coordonnateurs de santé servent de référence. C'est un signe évident de leur reconnaissance. La démarche Atelier santé ville est reconnue comme étant une dynamique favorisant une approche intersectorielle en intégrant les dimensions sociales, éducatives, urbaines, environnementales qui agissent sur les déterminants de santé. Cette reconnaissance douze ans après leur création est le fruit de votre engagement. En 2011, sur 146 contrats locaux de santé signés ou en cours d'élaboration, les deux tiers se construisaient à partir de la démarche Atelier santé ville. Je vois là un signe de reconnaissance.

Le droit à la santé est un droit constitutionnel. Les ASV contribuent à l'effectivité de son application. L'engagement volontariste des communes, le dynamisme du tissu associatif au contact direct de la population, véritable énergie citoyenne, répond aux besoins de santé des habitants et contribue à la réduction des inégalités. Nous avons le devoir d'œuvrer pour que cette démarche innovante se poursuive. Nous vous devons, à vous élus, coordonnateurs, acteurs de la politique de la ville, cette reconnaissance. Vous œuvrez depuis plus de dix ans pour offrir un service de qualité aux populations les plus vulnérables. Je profite de cette tribune pour remercier Mme LE LUONG et M. MASUREL pour le soutien financier qu'ils ont apporté lors de la création de notre Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville. Je remercie également l'Acisé et tous nos collaborateurs qui se sont engagés pour que cette journée soit un succès. Toutes les régions françaises sont ici représentées et je tiens à souligner que les territoires d'outre-mer sont présents. Je vais laisser la parole à Séverine BOSSON. Elle a été recrutée il y a onze mois et va vous présenter les travaux qui ont été menés depuis la création de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville il y a un an.

Restitution des travaux de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville

Séverine BOSSON, *Coordinatrice de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville*

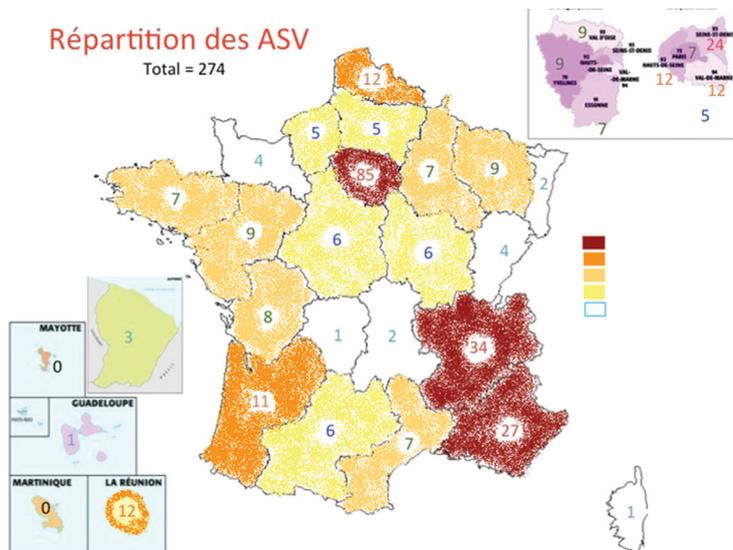
Je vais tenter de restituer les principaux travaux menés au cours de cette première année d'existence de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville, inaugurée par l'Assemblée générale constitutive du 27 janvier 2012, à laquelle certains d'entre vous ont pu participer.

En 2012, les chantiers se sont mis en place selon quatre axes principaux :

1. la construction du site internet - qui n'est pas encore opérationnel, mais qui devrait l'être prochainement,
2. l'élaboration d'une enquête sur les besoins en formation des coordinateurs ASV – cette enquête a été notre première action,
3. la réalisation d'un état des lieux des moyens d'animation régionale des Ateliers santé ville, et
4. l'organisation d'une journée d'échange de pratiques et de réflexion qui a eu lieu en novembre dernier.

La fin de l'année 2012 et le début de cette année 2013 ont également été consacrés en bonne partie à monter et à organiser l'évènement d'envergure nationale auquel vous participez aujourd'hui : la première rencontre nationale des Ateliers santé ville, afin que celle-ci puisse constituer un premier évènement fédérateur de l'ensemble du réseau national des ASV et de leurs partenaires et véritablement lancer la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville.

En introduction, je souhaite vous rappeler la répartition des Ateliers santé ville en France, visualisée sur la carte suivante :



Selon les données cumulées grâce à l'enquête annuelle de l'Acsé (de 2011) et à la constitution de notre réseau national des Ateliers santé ville, nous dénombrons aujourd'hui 274 Ateliers répartis majoritairement en Île-de-France (31 %), en Rhône-Alpes (12%), en Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) (10%), puis en Nord-Pas-de-Calais, en Aquitaine, mais aussi à la Réunion (4%). Vous notez des régions (en blanc) où les Ateliers santé ville sont moins développés.

> Site internet

Le site internet de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville - dont vous pouvez déjà noter l'adresse¹ - représente l'un des premiers gros travaux que nous avons menés. C'est le principal outil de l'association et se veut collaboratif – avec les partenaires de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville, les relais en région et les acteurs de terrain (coordinateurs ASV). Il répond à quatre fonctions principales :

- Il permettra de communiquer sur les activités de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville et de valoriser des productions des Ateliers santé ville.
- Il constituera un lieu d'informations et de ressources pour faire connaître notamment le fonctionnement des Ateliers santé ville et mutualiser les outils facilitant la mise en œuvre et le suivi des démarches menées par les Ateliers santé ville. Il aura également une fonction de veille d'actualité (actualités de la politique de la ville, dernières parutions, agenda des manifestations et formations, appels à projets, etc.) qui sera faite sur le niveau national et pour chaque région.
- Ce sera aussi un outil de visibilité et de valorisation des productions des Ateliers santé ville à travers un travail de capitalisation.
- Ce sera enfin un outil de liaison entre pairs, entre les différentes catégories d'acteurs et les territoires, pour améliorer la communication, les échanges et favoriser le travail en réseau des acteurs. Il offrira notamment des espaces de travail collaboratif ouverts aux réseaux régionaux ou départementaux d'Ateliers santé ville.



Dans vos dossiers « participants » figure la page de présentation de ce site internet.

Vous retrouverez les fonctions que j'ai citées précédemment, avec pour la navigation :

- trois niveaux de recherche de ressources – par type de ressource, par région et par thématique –
- un zoom par région accessible à travers une cartographie interactive, puisque l'actualité, les appels à projets, les agendas, la coordination des réseaux d'Ateliers santé ville se font souvent au niveau régional. Cette page de présentation y sera donc déclinée par région.
- L'espace « À la une » qui permettra de diffuser l'information spécifique de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville, ainsi qu'une *newsletter* pour informer régulièrement des actualités et des activités de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville.
- Un accès direct aux espaces collaboratifs qui seront proposés (en haut à droite) et qui seront à la fois des lieux de stockage de rapports, de données, de mise en commun pour faciliter la mutualisation des travaux, notamment pour les réseaux régionaux, mais aussi un agenda commun pour faciliter les réunions, voire des forums.

Par ce site internet, l'information sera ainsi concentrée en un seul lieu que la Plateforme nationale de ressources Atelier

¹ www.plateforme-asv.org

santé ville se propose de mettre en place. Il contribuera d'une part à faciliter la recherche et donc l'accès à ces informations par les coordinateurs ASV mais aussi leurs partenaires, et d'autre part à rendre plus lisible et visible les démarches et le savoir-faire des ASV.

> Enquête sur les besoins en formation des coordinateurs ASV

La première action que nous avons lancée lors du démarrage de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville consistait à accompagner et soutenir la fonction de coordination des Ateliers santé ville. Nous avons tenté en premier lieu de recenser les besoins et les attentes en termes d'approfondissement des connaissances et des pratiques des coordinateurs Ateliers santé ville. Les enjeux pour la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville sont multiples. Il s'agit de favoriser le développement d'un référentiel métier de la fonction qui a été développée par les coordinateurs, la coordination des Ateliers santé ville, d'accompagner et de faciliter la reconnaissance et la professionnalisation de la fonction et de faire connaître et reconnaître les nouveaux champs de compétences dans le domaine des politiques territoriales de santé publique.

L'objectif de cette enquête n'était pas d'être exhaustif, mais bien de repérer les principales tendances sur les attentes et les besoins exprimés par les coordinateurs Ateliers santé ville qui ont bien voulu jouer le jeu. Cela a également contribué à dégager des pistes de travail pour orienter les travaux de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville. Une centaine de questionnaires ont été diffusés en mars 2012 avec un taux de retour positif de 45%, ce qui nous a permis de constituer un échantillon de 17 % de l'effectif national avec une assez bonne répartition (sur onze régions). L'enquête comportait trois niveaux d'interrogation, dont le premier visait à déterminer le profil général des coordinateurs Ateliers santé ville. Les résultats montrent qu'ils sont généralement issus d'une formation supérieure longue de type Bac +5, acquise plus souvent dans le domaine des sciences sociales qu'en santé publique, avec une expérience avérée dans le champ du sanitaire et du social, mais peu d'ancienneté sur un poste de coordinateur ASV.

L'axe suivant de l'enquête permettait de recueillir les attentes des coordinateurs ASV en termes de formation sur trois domaines :

- (i) mieux connaître leur environnement et acquérir des outils en termes de stratégie et de politique,
- (ii) améliorer leurs compétences techniques en ingénierie de projet et de travail partenarial,
- (iii) approfondir leurs connaissances sur certaines thématiques et publics spécifiques.

Les attentes des coordinateurs Ateliers santé ville interrogés font ressortir la volonté d'une utilité immédiate de la formation dans l'exercice de leur profession :

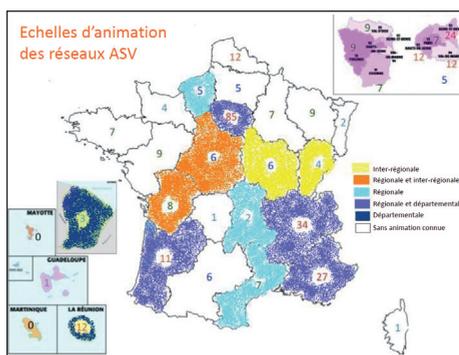
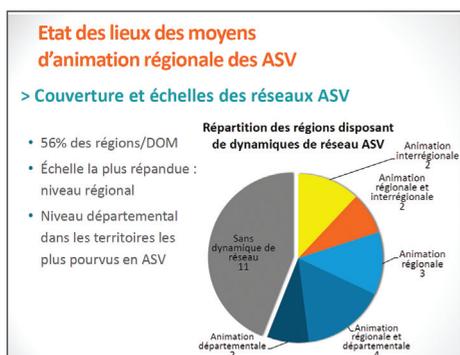
- (i) Au niveau stratégique et politique : les besoins les plus urgents se situent au niveau de la compréhension des enjeux et des opportunités des politiques intersectorielles, en termes de territorialisation, de contractualisation et de transversalité – qui est notamment l'objet principal de cette rencontre –, les stratégies de réduction des inégalités et territoriales de santé, un approfondissement de la connaissance de la loi HPST, mais aussi plus concrètement des outils des politiques publiques transversales en termes de partenariat, contractualisation, intersectorialité et enfin mieux comprendre les dynamiques d'aménagement du territoire existantes (programmation, planification, déconcentration, décentralisation).
- (ii) Nous notons également des besoins d'approfondissement technique en termes d'ingénierie et de travail partenarial sur les points prioritaires que sont les enjeux de la participation des habitants, les outils de suivi et d'évaluation des activités et actions, les outils d'animation des groupes de travail, et les modalités de gouvernance et de concertation au sein des Ateliers santé ville.
- (iii) Enfin, nous retrouvons les thématiques principales des champs d'action des Ateliers santé ville, mais également des thématiques nouvelles qui émergent depuis quelque temps. Leur priorité concerne ainsi l'approfondissement de leurs connaissances en termes d'organisation et d'accès aux droits et aux soins, sur la santé mentale, l'éducation pour la santé, les déterminants de la santé, mais il apparaît aussi important et urgent de développer les nouvelles thématiques telles que le cadre de vie et l'environnement dans lesquels les Ateliers santé ville sont de plus en plus impliqués.
- (iv) Le but des démarches des Ateliers santé ville dans les quartiers reste d'atteindre en priorité les personnes en situation de précarité ou en situation d'insertion professionnelle.

Enfin, nous avons aussi interrogé les coordinateurs Ateliers santé ville sur leurs disponibilités pour participer à des temps de formation et d'échanges de pratiques. La majorité des répondants est très intéressée et estime leur participation faisable, bien que souvent conditionnée par leur cadre de fonctionnement (portage communal ou associatif). En moyenne, ils seraient disponibles une à deux fois par an, sur un format maximum de trois jours. Au-delà de la problématique de formation, ils ont renouvelé lors de cette enquête leur besoin d'échanger leurs expériences et de partager leurs pratiques, à un niveau le plus souvent régional.

> Etat des lieux des animations régionales des ASV

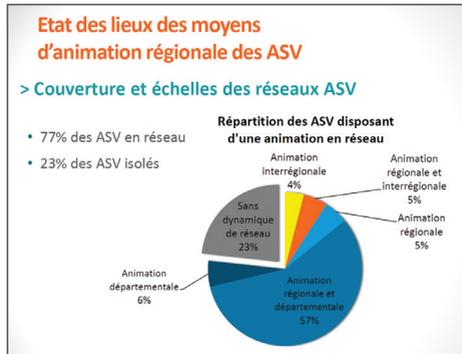
Nous avons donc réalisé en 2012 un état des lieux des moyens d'animations régionales et départementales des Ateliers santé ville. Ce premier travail s'inscrit dans un contexte où nous assistons à la consolidation ou à l'émergence de nombreux réseaux départementaux, régionaux, voire interrégionaux d'ASV depuis 2005. A l'origine, ces réseaux se sont constitués à travers un appui extérieur sur un accompagnement méthodologique pour la qualification des acteurs et le soutien à la réflexion. Mais de plus en plus, leur mise en place répond davantage à des besoins de disposer d'un espace de mise en réseau pour l'échange d'expériences et la mutualisation des pratiques entre pairs. Ces réseaux sont accompagnés par des structures extérieures ou auto-animées par les coordinateurs Ateliers santé ville qui les composent. Ce sont notamment ces expériences d'animation des réseaux à différents niveaux qui sont à l'origine de la création de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville.

Notre état des lieux a permis de définir que 56 % des régions disposaient d'une animation du réseau d'ASV, et que l'échelle la plus répandue était le niveau régional, bien qu'il existe un niveau interrégional, ainsi qu'un niveau départemental dans les territoires les plus pourvus en Ateliers santé ville.

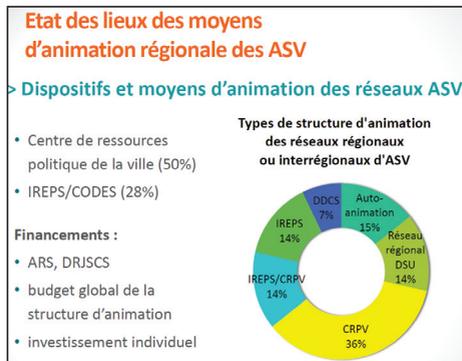


Pour avoir une meilleure représentation, j'ai repris la carte précédente afin de situer les territoires dans lesquels les réseaux existent et ceux qui actuellement ne sont pas encore constitués en réseau. Des réseaux régionaux d'ASV existent dans les régions les plus dotées en ASV : en Ile-de-France, Rhône-Alpes, PACA, Aquitaine – avec également une animation au niveau départemental – puis en Haute-Normandie, Languedoc-Roussillon, Centre et Poitou-Charentes. Les réseaux de ces deux dernières régions échangent également à un niveau interrégional, ainsi que la Bourgogne et la Franche-Comté.

Au niveau de la couverture des ASV, cela représente 77% des ASV qui disposent d'un réseau pour échanger sur leurs pratiques. Aujourd'hui, de nombreux coordinateurs Ateliers santé ville (23 %) semblent donc rester encore isolés dans leurs pratiques. Ceux-ci sont demandeurs d'un rapprochement avec leurs pairs et/ou de soutien par une structure extérieure dans la réflexion autour de leurs pratiques.



En ce qui concerne les dispositifs et moyens d'animation de ces réseaux, ils sont majoritairement animés par des organismes extérieurs. Pour la moitié d'entre eux, ils sont aidés par des centres de ressources politiques de la ville (CRPV) et pour 28% par des Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) et les CoDES à un niveau départemental. Il existe également des réseaux régionaux des professionnels du développement social urbain (DSU) qui peuvent favoriser cette mutualisation des pratiques entre coordinateurs Ateliers santé ville. Enfin, 15% de ces réseaux se réunissent en auto-animation. Les financements - quand il y en a - sont soutenus par l'Agence régionale de santé de la région ou la DRJSCS. Le financement peut également provenir du budget global de la structure d'animation qui accompagne, et pour les réseaux auto-animés, cela repose essentiellement sur l'investissement individuel des coordinateurs Ateliers santé ville.



Quel est l'objet de cette animation régionale des Ateliers santé ville ?

Nous distinguons des missions communes selon que les réseaux sont auto-animés par les coordinateurs Ateliers santé ville ou accompagnés par des structures extérieures, qui sont :

- la coordination,
- la mise en relation du réseau,
- l'animation de rencontres thématiques et d'échanges de pratiques,
- la capitalisation et la communication,
- le développement d'outils communs.

Quelques missions supplémentaires peuvent s'ajouter lorsque ces réseaux sont accompagnés par une structure externe, notamment :

- Au niveau de la veille et de la diffusion d'informations, tel que va le proposer la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville.
- Cela permet également de jouer un rôle d'observatoire des expériences Ateliers santé ville à travers un regard externe.
- Ces structures externes peuvent également proposer des cycles de formation et de qualification des acteurs et un appui méthodologique sur certains sites à leur demande, notamment quand le réseau d'ASV est aussi appuyé à un niveau départemental par des DDCS, des délégations territoriales des Agences régionales de santé (DT-ARS) ou des CoDES.

Nous avons interrogé les coordinateurs Ateliers santé ville et les animateurs de ces réseaux sur **les points forts** ressentis.

- Le premier élément de succès de ces réseaux est la mobilisation effective des coordinateurs Ateliers santé ville sur un territoire commun et de ne pas se cantonner à un réseau fermé aux coordinateurs Ateliers santé ville, mais bien de l'ouvrir à tous les coordinateurs travaillant sur des démarches territoriales de santé.
- Lorsque l'échelle est régionale et interrégionale, cela apporte une dimension globale de la connaissance des activités de santé sur la région, une connaissance des stratégies et une ouverture sur la diversité des expériences.
- Le réseau est un lieu ressources, qui permet de rompre l'isolement des coordinateurs ASV et surtout, de développer une culture commune.
- La majeure partie du temps, les rencontres se font entre coordinateurs Ateliers santé ville ou autres coordinateurs des démarches territoriales de santé. De plus en plus, ces réseaux organisent également des rencontres invitant un plus large public, notamment les partenaires impliqués auprès des ASV, comme c'est le cas pour cette rencontre nationale des ASV. Ceci favorise la valorisation des expériences des Ateliers santé ville et facilite la connaissance de leurs champs de compétences. La transversalité que peut apporter la politique de la ville, quand ces réseaux sont appuyés par un centre de ressources politique de la ville ou un réseau régional des professionnels du développement social urbain, est fortement appréciée.

Les limites rencontrées dans l'animation régionale sont souvent organisationnelles.

- Constituer un réseau régional implique des contraintes géographiques qui peuvent être un obstacle pour la participation effective de certains coordinateurs Ateliers santé ville et des contraintes de temps, notamment en termes de capitalisation - qui reste cependant un des objectifs majeurs de cette mise en réseau.
- Les moyens sont limités puisqu'une diminution des financements dans le temps des réseaux d'ASV accompagnés est observée.
- Enfin, un réel besoin de valorisation de cet espace d'échange et de mutualisation des moyens créés à travers ces réseaux est nécessaire, notamment dans la recherche de reconnaissance auprès des partenaires régionaux. Des chantiers vont commencer dans plusieurs réseaux sur cet axe-là de communication.

La Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville a rédigé sur chacune de ces activités un rapport complet qui sera accessible en ligne dès que notre site internet sera opérationnel.

> Journée d'échange de pratiques et de réflexion : « *Les CLS, quelles plus-values pour les ASV ?* »

Le dernier grand chantier de 2012 a été la mise en place d'une journée d'échange de pratiques et de réflexion à laquelle certains d'entre vous ont participé. Il s'agissait d'un séminaire à destination des coordinateurs Ateliers santé ville qui avait pour objet de réfléchir à l'articulation des Ateliers santé ville et des contrats locaux de santé. L'intitulé de ce séminaire était « *les CLS, quelles plus-values pour les ASV ?* ». L'objectif était de partir de l'expérience des coordinateurs Ateliers santé ville, de croiser les points de vue entre territoires et les diverses situations vis-à-vis des CLS – signés ou en cours d'élaboration, en projet, pas du tout en projet, puisque tous les cas de figure se présentent – et il s'agissait de pouvoir interroger et capitaliser quelques enseignements issus de ces premières expériences. Les animateurs de ce séminaire étaient Fernando BERTOLOTTO et Catherine RICHARD qui sont bien connus de beaucoup d'entre vous pour avoir accompagné et soutenu les Ateliers santé ville depuis leur création et participé notamment à l'élaboration du référentiel national sur les Ateliers santé ville. Ce séminaire de deux jours a réuni vingt-deux participants venant de onze régions - différentes de celles ayant participé aux autres activités par ailleurs - avec également un croisement des différents niveaux d'expérience de coordinateurs Ateliers santé ville, certains étant depuis un certain temps à leur poste, d'autres ayant pris leurs fonctions depuis peu. 60 % avaient une démarche en

cours et d'autres étaient venus parce qu'ils s'interrogeaient sur la mise en place de ces contrats locaux de santé. La rencontre de ces acteurs a ainsi permis d'aborder diverses échelles territoriales des contrats locaux de santé dans le croisement des expériences en cours.

En octobre 2012 – les chiffres ne sont plus à jour puisque le mouvement s'est accéléré dans certaines régions –, 274 Ateliers santé ville étaient répertoriés, 146 CLS étaient signés (93 CLS signés) ou en cours d'élaboration et parmi ces CLS, une grande partie - 79% - portait sur un territoire urbain et pouvait donc concerner potentiellement les Ateliers santé ville. La cible donnée par les ARS était d'atteindre fin 2013 250 CLS signés, dont 80 en Île-de-France.

Les conclusions des données collectées et la rencontre de ces coordinateurs Ateliers santé ville lors du séminaire nous ont permis de constater une progression très disparate d'une région à l'autre avec une majorité de contrats locaux de santé signés en Île-de-France et certaines régions pourtant fortement dotées en Ateliers santé ville n'ayant peu ou pas entamé le processus, par exemple en Rhône-Alpes et en PACA. Toutefois, nous avons constaté à travers ces chiffres que la majeure partie des contrats locaux de santé de cette première vague se construisaient à partir d'un Atelier santé ville puisque 92% des CLS concernant des territoires urbains étaient signés ou en cours de négociation là où il existait un Atelier santé ville qui avait participé à son élaboration. Cela montrait que 38% des Ateliers santé ville en France étaient, à notre connaissance, impliqués et investis dans ce processus. La forte mobilisation des coordinateurs Ateliers santé ville pour l'élaboration des contrats locaux de santé pouvait parfois mettre à mal l'activité propre des Ateliers santé ville. Cependant, l'hétérogénéité du déploiement des CLS entre les régions et la forte proportion de coordinateurs Ateliers santé ville n'étant à l'inverse pas impliqués dans une telle démarche illustrent à la fois les interrogations subsistant dans de nombreux sites, et la période de maturation puis l'important processus de travail que nécessite la phase d'élaboration d'un CLS. En effet, l'émergence de cette démarche dans le paysage local soulève un certain nombre d'enjeux et de questionnements auprès des collectivités et des acteurs, sur sa finalité, sur le positionnement et l'articulation entre CLS et ASV, sur son opérationnalisation, et in fine sur la problématique de développement d'une approche locale cohérente et pertinente des dynamiques territoriales de santé.

La réflexion sur ces deux jours avec les participants au séminaire nous a permis de **dégager quatre enjeux prégnants sur l'articulation des contrats locaux de santé et des Ateliers santé ville :**

- (i) notamment sur le développement d'une culture commune en santé publique basée sur une approche globale, transversale et intersectorielle, avec certaines lacunes en termes de culture sur cette approche ressentie auprès des partenaires qui participaient parfois à l'élaboration de ces contrats locaux de santé.
- (ii) Le second enjeu mis en avant était la prise en compte effective de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé comme objectif majeur des contrats locaux de santé et quels moyens pouvaient être dégagés pour garantir une action de proximité et dans les quartiers.
- (iii) Le troisième enjeu majeur - qui sera repris lors de cette rencontre - est la participation citoyenne. C'est un véritable enjeu politique de la mise en place de ces contrats locaux de santé qui peut faciliter la rencontre entre Ateliers santé ville et contrats locaux de santé dont les approches diffèrent puisque les contrats locaux de santé ont opté pour une approche de démocratie sanitaire alors que les Ateliers santé ville poursuivent une approche participative à travers la concertation avec les habitants pour l'élaboration, le suivi et l'évaluation des actions.
- (iv) Le dernier enjeu concernait l'articulation entre les collectivités territoriales, l'État, le Département et la Région, certains rapports de force pouvant apparaître lors de la signature ou de la réflexion vis-à-vis de ces contrats locaux de santé.

Nous avons pu dégager également certains **points d'attention ressentis par les participants pour l'élaboration et la mise en œuvre des contrats locaux de santé.**

- Il s'agit de pouvoir créer à travers les contrats locaux de santé un cadre à la mesure des enjeux précédemment cités,
- De favoriser une démarche de projet local de santé publique chez chaque partie prenante, clé de voute pour la construction d'un CLS.
- Concernant la question qui se pose souvent sur la définition de territoires et de périmètres, le ressenti était de partir de l'existant et de favoriser une souplesse opérationnelle, mais aussi de prioriser et de pouvoir préciser le niveau d'interaction des Ateliers santé ville et des autres acteurs en matière de champs d'intervention et de territoires prioritaires.
- Il est essentiel de pouvoir garantir, à travers le contrat local de santé, les moyens d'une animation et d'une ingénierie de projet adapté autour de compétences et d'équipes identifiées. La notion d'« équipe » a souvent été mise en exergue pour coordonner un contrat local de santé et conserver une action de proximité, d'animation des Ateliers santé ville.

Les besoins d'ingénierie de projet ont été distingués au cours des deux étapes, puisque souvent la constitution de l'équipe peut être différente : autour de l'élaboration du contrat local de santé puis autour de sa mise en œuvre.

- Il s'agit enfin de mettre en place un pilotage sur plusieurs niveaux comme il peut l'être fait pour les Ateliers santé ville intégrant l'ensemble des acteurs pertinents dès le démarrage et des procédures participatives avec des espaces de concertation, une transparence des instances.

Les points de vigilance émis par les participants portaient sur un besoin ressenti de **renfort de l'Atelier santé ville** sur deux axes :

(i) Au niveau stratégique :

- avec un niveau régional qui s'avère déterminant et devient obligatoire pour l'ASV, le besoin de développer de nouvelles synergies et de faciliter la cohérence du niveau stratégique, et qu'il soit mis à connaissance des ASV, avec la mise à disposition d'espaces de concertation ascendants et descendants entre le local et le régional, et avec une place -peut-être - pour l'Atelier santé ville.
- Mais aussi, un soutien indispensable de l'équipe Atelier santé ville au niveau politique et des responsables locaux, que ce soit financier, organisationnel et fonctionnel pour l'étape d'élaboration du contrat local de santé et sa mise en œuvre.

(ii) Au niveau opérationnel, les points de vigilance concernaient :

- la garantie de la dimension de proximité des pratiques et de santé communautaire de la démarche Atelier santé ville à travers le contrat local de santé, qui nécessite un support supplémentaire dans les quartiers, et qui pose la question des moyens de l'animation de l'Atelier santé ville
- un besoin de clarifier les rôles et les interactions des acteurs sur un même territoire pour ces premières expériences de contrats locaux de santé.

Pour répondre à la question du séminaire qui était mise en avant - et sur laquelle nous avons aussi beaucoup échangé et réfléchi -, le CLS apparaissait comme une opportunité pour les Ateliers santé ville tandis que l'ASV représentait un moteur pour le contrat local de santé - ce qui a été à nouveau souligné par les intervenants lors de l'ouverture de cette journée. L'ASV peut en effet être un moteur, à la fois en termes de communication, de culture et de savoir-faire. Cela reprend les grands enjeux qui ont été mentionnés comme : inscrire la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé dans les politiques locales de santé publique, permettre la prise en compte des problèmes marginaux et une approche de proximité auprès des publics spécifiques, aborder la santé à travers les dimensions sociales de la santé et les déterminants de la santé, mais aussi une approche intersectorielle et transversale au niveau local et travailler avec les partenaires dans une logique de projet. Les Ateliers santé ville peuvent être un véritable moteur en matière de savoir-faire pour le contrat local de santé, car depuis douze ans, ils ont développé des méthodes et outils nouveaux en termes de diagnostic territorial partagé, de programmation locale participative, de mobilisation et de travail partenarial, mais également un savoir-faire, une ingénierie et une reconnaissance locale sur les approches culturelles évoquées ci-dessus.

[Echanges avec la salle

Manuelle NGAFEU, *Coordinatrice Atelier santé ville, Mulhouse*

Existe-t-il déjà des instances mises en place au niveau régional ? La Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville est une instance nationale et je ne connais aucun relais régional.

Séverine BOSSON, *Coordinatrice de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville*

A notre connaissance, il n'en existe effectivement pas dans votre région.

Solen FERRE, *Animatrice territoriale de Santé, Dreux Vernouillet*

Nous sommes dans le cadre d'un ASV imbriqué dans un contrat local de santé. Je m'interroge sur la façon dont nous allons pouvoir rendre des comptes à nos différentes tutelles. Comment vais-je remplir l'enquête nationale des ASV 2012 notamment en ce qui concerne le nombre d'actions ? Qu'est-ce qui sera de l'ordre de l'ASV ou du CLS ? Est-ce que cette nouvelle orientation ne va pas brider le dynamisme des Ateliers santé ville ?

Anne CORBIA, *Responsable Praps, ARS de Franche-Comté*

Nous avons conclu un contrat local de santé avec la préfecture et la ville de Besançon. Le contrat local de santé, quand nous lisions le contenu de la HPST, était un outil qui devait être négocié avec les collectivités territoriales ou leurs groupements. Nous avons travaillé avec les élus et leur service technique. Le contrat s'adressait bien à l'ensemble de la population, mais nous avons travaillé également avec les quartiers. Nous avons résisté à la pression de conclure rapidement un contrat local de santé pour atteindre une cible. Nous menons un travail de fond avec les services de la ville, le Centre communal d'action sociale (CCAS) qui dirigeait un Atelier santé ville et santé mentale, la direction hygiène santé, les partenaires de la préfecture et tous ceux qui n'étaient pas concernés par les quartiers prioritaires. Des actions et des dispositifs sont mis en place, le travail d'évaluation est collectif, la demande est la même pour l'Atelier santé ville puisque les objectifs sont déterminés de façon commune. Je n'aime pas le terme « imbriqué », je dirais plutôt que c'est un partenariat pour que tout se complète et que des habitants ne soient pas oubliés. Nous

avons des Ateliers santé ville en Franche-Comté, des quartiers prioritaires en Zus 1, 2 et 3. Si la politique de la ville venait à changer et que des quartiers disparaissaient de cette politique, nous ne voulons pas que les habitants soient oubliés.

Marie PIRLET, *Chargée de mission, ARS Ile de France*

Pour répondre à la question qui était de comment distinguer les réponses à donner en tant qu'ASV au réseau politique de la ville et en tant que CLS au réseau ARS – puisque ce sont les ARS qui vont suivre les dossiers –, une mission nationale sur les contrats locaux de santé poursuit la mise en œuvre et réfléchit à comment mener une évaluation commune et travailler sur des indicateurs communs pour ne pas être redondant. Un travail doit être mené région par région. Je me pose aussi la question du lien entre les plateformes régionales, les ARS et les centres ressources politique de la ville. J'ai l'impression que les plateformes régionales ont un peu les mêmes missions que les pôles politique de la ville. Pour ma part, je me demande comment se déroule la coordination régionale et départementale ?

Estelle PERICARD, *Chargée de mission, Centre de ressources politique de la ville « Villes au Carré », Régions Centre et Poitou-Charentes*

Ce que vous appelez « plateformes régionales », ce sont les instances de coordination des ASV. Nous portons l'animation du réseau des Ateliers santé ville en région Centre et Poitou-Charentes et offrons une fois par an un espace d'échange interrégional. Nous sommes financés par des crédits « politique de la ville » et avons une convention avec chaque ARS pour nous soutenir dans cette animation. Nous accompagnons le réseau Ateliers santé ville de chaque région depuis trois ans, mais cette convention ne date que de l'an dernier. Vous parliez d'un groupe de travail national. Est-il interne à l'agence ou en lien avec le ministère de la Ville ?

Marie PIRLET, *Chargée de mission, ARS Ile de France*

Il se situe au niveau du Secrétariat général interministériel et la politique de la ville est bien sûr représentée, la Datar, les ARS, les ministères, DGS, DGOS et la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville.

Mathieu FORTIN, *Coordonnateur santé, ville de Villeurbanne*

Je suis sur ce poste depuis plus de dix ans. À Villeurbanne, nous sommes en cours de formalisation du contrat local de santé avec l'ARS, mais pas seulement. L'ARS a validé les huit

axes stratégiques du contrat. Pour l'Atelier santé ville, les élus ont positionné cette démarche pour répondre spécifiquement au contrat local de santé sur le volet de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. L'ASV a totalement sa place dans un contrat local de santé et est l'outil majeur sur cet axe stratégique. Nous avons tissé des liens avec les services préfectoraux et notamment la direction départementale de la cohésion sociale. L'objectif des élus locaux est que ce contrat soit également signé par le Préfet du Rhône.

France CULIE, Responsable de la mission égalité des chances, DRJSCS de Picardie

Je suis inspectrice principale de l'action sanitaire et sociale, avec cinq ans d'expérience dans le domaine de la santé publique du temps des Directions régionales des affaires sanitaires et sociales. Je souhaite répondre à la question concernant l'articulation entre l'ARS, la DRJSCS, les centres de ressources « politique de la ville ». À la DRJSCS Picardie, nous accompagnons le centre de ressources politique de la ville pour définir son programme d'activité en lien avec nos collègues des directions départementales de cohésion sociale. Nous travaillons en lien avec les ARS de Picardie sur le champ santé et cohésion sociale. Nous avons à ce titre signé une convention ARS-DRJSCS sous l'égide du préfet de région et de la ministre des Sports pour travailler sur ces différentes questions. L'enjeu est de s'articuler au niveau régional pour accompagner les Ateliers santé ville et les contrats locaux de santé. En Picardie, nous n'avons pas d'animation régionale des Ateliers santé ville, mais nous souhaitons la mettre en place et avons pour cela missionner notre centre de ressources politique de la ville. Une démarche d'échange plus globale impliquant les coordonnateurs de réussite éducative et les coordonnateurs ASV a été initiée pour avancer ensemble et faire un accompagnement terrain.

Sylvette RONQUE, Coordinatrice de l'Atelier santé ville, Agglomération cherbourgeoise

Il a fallu attendre la dernière diapositive pour entendre parler de santé communautaire. Quand je présente l'Atelier santé ville à de nouveaux acteurs, je mets en avant cette particularité de l'Atelier santé ville. Je cite beaucoup plus « santé communautaire » que « santé publique ». Cela me chagrine que cela ne soit pas repris dans une journée telle que celle-ci et que même au niveau de la présentation de notre président, cela n'apparaisse pas du tout.

Catherine RICHARD, Chargée de mission, DRJSCS Ile de France

Je souhaite répondre à Marie PIRLET concernant la coordination départementale et régionale. Je remarque que cette coordination se fait par le biais d'échanges plus techniques au niveau des départements, avec les DDCCS ou la préfecture et les Ateliers santé ville se réunissent en dehors de toute institution. Nous avons également une représentation régionale, le collectif Ateliers santé ville d'Ile-de-France pourra en parler mieux que moi, qui fait valoir les échanges de pratiques. Cela a été initié par le centre de ressources « Profession Banlieue » dans le 93 où se trouvaient vingt-deux ASV sur vingt-sept Cucs. Le département recueillait le plus grand nombre de démarches santé. Au niveau régional, nous souhaitons rompre l'isolement entre départements pour faire ces échanges de pratiques et de valorisation.

Concernant la question sur la santé communautaire, je préfère parler de santé publique et voir comment nous pouvons travailler les pratiques de santé communautaire dans chaque programme de santé publique, il est fait référence à cette pratique dans le cahier des charges des Ateliers santé ville (2000) et rappelé dans le référentiel national des ASV (2012). Il faut être vigilant à ne pas confondre un cadre et les pratiques qui sont rendues possibles dans ce cadre. L'implication des habitants est un des principes de la politique de la ville depuis toujours.

Line BERARD, Chargée de mission, DRJSCS PACA

Mon intervention fait écho à l'intervention de mes deux collègues précédentes. Au niveau régional, nous avons une animation, mais nous ne pouvons pas parler de Plateforme régionale proprement dit. Cette animation est en partie portée par le Comité régional d'éducation pour la santé. Nous y avons associé le centre de ressources politique de la ville qui me semble être le pendant incontournable. Mais elle peine à se mettre en place pour des raisons structurelles, car à la DRJSCS-PACA, nos effectifs sont limités.

La revue des politiques publiques a déshabillé la cohésion sociale sur ce plan et nous rencontrons beaucoup de difficultés à faire vivre cette animation régionale. C'est un combat quotidien et avec nos collègues de l'ARS, nous essayons de trouver une coordination, mais ce n'est pas simple à mettre en œuvre.

Vous avez évoqué une différence entre la démarche des CLS qui serait plus un fonctionnement de démocratie participative et celle des ASV qui serait basée sur la participation des habitants. En quoi est-ce une grande différence ? Pourriez-vous préciser ce qu'est la santé publique ?

Martine ANTOINE, Directrice, Maison de la prévention de Fontenay-sous-Bois

Je suis directrice d'une association dans le Val de Marne en charge de l'animation de deux ASV à Champigny et à Fontenay-sous-Bois. Je voulais revenir sur le problème de la santé communautaire, car cette question doit être au cœur de notre réflexion. Un atelier sera consacré demain à la participation des habitants, mais au-delà, je crois que cette question est primordiale, car elle constitue l'un des tout premiers objectifs des ASV. La discussion de ce matin prouve la complexité des dispositifs même si tous ont le même objectif qui est la réduction des inégalités sociales de santé. Les coordinateurs passent beaucoup de temps en gouvernance. Cela risque d'éloigner cet objectif de participation des habitants, car il est plus facile de dire les choses que de les faire. À Fontenay, nous sommes engagés dans l'élaboration d'un diagnostic participatif qui doit mobiliser les partenaires des quartiers politique de la ville pour qu'eux-mêmes aillent interroger les habitants et nous voyons que cela mobilise du temps, de l'énergie et que paradoxalement, plus la crise touche profondément, plus il y a un éloignement pour un certain nombre d'habitants des soins et plus leur participation est difficile. Il serait bien que nous ayons ce fil conducteur durant ces deux jours.

Enfin, je voulais juste rajouter une chose importante pour le séminaire. Dans les articulations, « quelles plus-values du CLS pour les ASV ? » il y a une chose très claire. C'est une impression quand même très positive de l'arrivée des CLS pour les ASV dans le sens où, les ASV étaient très isolés pour avoir des données, pour avoir une marge de manœuvre, des informations. Les coordinateurs avaient une réaction très positive même s'il y avait des difficultés de concertation avec les institutions. Toutefois, la venue des CLS était pour eux une occasion inouïe, une opportunité très positive d'élargir le champ et la transversalité.

Olivier ROVERE, Président de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville

Nous allons essayer de faire un point de synthèse des quelques échanges et de revenir sur les quelques questions

que vous avez posées. À quoi sert de faire de la prévention, de l'éducation pour la santé auprès d'un public si on ne prend pas soin – parce qu'il y aura du repérage, du dépistage – d'apprendre à une population à mieux comprendre notre système bien compliqué de santé, à faire en sorte qu'ils y aient recours ? Quand nous menons des actions de dépistage, quand nous incitons par exemple les populations à faire le dépistage du cancer du sein ou colorectal, quand nous repérons une personne en situation d'addiction, qui a un problème de santé mentale, si nous ne nous posons pas la question de l'offre, de la réponse qui peut être proposée aux besoins que nous avons repérés, si nous ne nous posons pas la question de l'accompagnement qui peut être mené par les professionnels de santé ou du social, nous n'apportons pas de réponse globale.

Aujourd'hui, l'enjeu – cela a été évoqué par l'Inpes et je l'ai aussi évoqué dans mes propos – est vraiment de construire un parcours de santé. Et dans ce parcours de santé, l'Atelier santé ville a tout à fait sa place puisqu'il est au cœur des habitants. Je reviendrai sur la santé communautaire et la participation, mais il ne peut pas agir seul. La commune, dois-je le répéter, n'a pas véritablement de compétences en matière de santé publique. Bien souvent elle est volontaire même si en décloisonnant ces politiques sectorielles, elle contribue à agir sur les déterminants de santé, mais cela reste quand même une volonté des élus locaux qui s'engagent financièrement également. Mais la réponse ne peut pas et ne doit pas appartenir qu'aux communes. Les agences régionales de santé ont une réponse importante.

Les Conseils généraux à travers la protection maternelle infantile et l'aide sociale à l'enfance ont aussi une partie de la réponse de même que les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), la Caisse d'allocations familiales (Caf). On voit les difficultés que nous rencontrons dans ces quartiers pour que les parents prennent conscience des problèmes des enfants et qu'ils accompagnent leur enfant pour avoir des lunettes, des appareils auditifs ou autres. La Caf peut aussi apporter une réponse. La préfecture, les services déconcentrés de l'Etat, l'Education nationale également.

Le contrat local de santé est un projet de territoire qui a une ampleur beaucoup plus large que ce que peuvent aujourd'hui développer sur les territoires de la politique de la ville les Ateliers santé ville. Ce contrat est comme un contrat de mariage. On sait ce que chacun apporte. On sait vraiment ce pour quoi on se marie. Je trouve fondamental

que l'on puisse avoir un maximum de signataires pour le contrat local de santé. Vous l'évoquiez, la préfecture doit être signataire des contrats locaux de santé. Il faut rechercher aussi l'Éducation nationale, le Conseil général, l'ARS – bien sûr elle est signataire – et la Caf. Sur certains territoires, des centres hospitaliers peuvent parfois être signataires des contrats locaux de santé.

Ce que je veux dire, c'est qu'il faut essayer de trouver l'ensemble des acteurs qui peuvent apporter une réponse et concentrer leurs moyens sur les problématiques repérées sur le territoire concerné. Je réitère ce que j'ai dit ce matin. Certes, il y a de moins en moins de financements au regard de la crise pour l'ensemble des acteurs institutionnels, pour les services déconcentrés, pour les ARS. L'Etat n'a pas les moyens de mettre de l'humain sur le territoire. Qui fait aujourd'hui de la santé publique ? Les associations, les habitants quand ils participent. Les Conseils généraux ont des professionnels sur le terrain, après il n'y en a pas d'autres. Ce n'est pas l'ARS qui demain va pouvoir mobiliser dix, quinze, vingt personnes. Nous avons cette chance incroyable avec la politique de la ville de pouvoir avoir une coordination sur les quartiers pour mobiliser les associations et les participants. Il faut garder cette ingénierie et qu'elle soit bien identifiée. Il ne faut pas qu'elle se fasse « imbriquer », « manger » ou « phagocyté » par d'autres démarches.

L'intérêt des élus locaux est bien de dire si je signe un contrat, je mets ceci sur la table, et vous, que vous mettez-vous ? Et que l'ARS ne se mette pas à « manger » le coordinateur pour développer ses missions. Il existe un référentiel national, des circulaires, le coordinateur ASV a un rôle défini. Je considère qu'il est vraiment important d'être vigilant dans le contrat sur lequel les Ateliers santé ville s'engagent.

Concernant la santé communautaire, la participation des habitants, cela fait partie – je rejoins Catherine RICHARD – de la santé publique. Avant de parler de santé communautaire, je me pose la question de comment aujourd'hui on mobilise les habitants ? Et pour quoi faire ? Pour qu'ils soient simplement là ? Parce qu'il nous faut des instances, des représentants des habitants ? Non ce n'est pas de la démocratie représentative, cela fera l'objet d'un atelier demain. Quand on fait participer les habitants, il faut définir pourquoi, comment et à quel niveau. Les fait-on participer au niveau stratégique, politique ? Est-ce qu'on les fait simplement participer pour un diagnostic ? J'aurais

tendance à d'abord poser la question de participer pour quoi puis à me demander comment nous arrivons à faire de la santé communautaire. Il y a aussi une non-reconnaissance de la part des financeurs de la santé communautaire par méconnaissance parfois ou parce que cela coûterait très cher et que cela s'inscrit dans le temps. Un combat est à mener pour que nous puissions maintenir et développer la santé communautaire, mais je pense qu'il y a un préalable en matière de questionnement sur la participation.

Concernant les animations régionales et départementales, je pense que les pôles de compétences régionaux ont été oubliés. Dans le domaine de l'éducation pour la santé, vous savez que dans chaque région des pôles de compétences sont ou vont être à l'œuvre, ils ont des missions notamment en termes de ressources documentaires qui rejoignent ceux des centres de ressources politique de la ville. En termes d'accompagnement, ils rejoignent aussi les animations qui peuvent être développées sur le département et les régions. D'ailleurs, ce n'est pas un hasard – nous l'avons vu dans les diapositives précédentes, je crois – si 28 % des animations des réseaux d'ASV sont faites par les Ireps, les CoDES, ce n'est pas rien. J'aurais tendance à dire que sur ces animations régionales et départementales, il faut une concertation. Tout comme dans le contrat, chacun s'engage. Il y a quelque chose à construire qui est propre à chaque région, département, qu'il y ait une cohérence entre les ressources disponibles, qu'il y ait une pertinence dans l'action qui soit développée pour pouvoir être le plus efficace possible. Souhaitez-vous réagir à mes propos ?

Cécilia MASSELLI, Coordinatrice de l'Atelier santé ville, Grigny et Viry-Châtillon

Je suis interpellée là pour les questions de santé communautaire et j'espère que nous aurons l'opportunité de discuter plus de cela. Je voulais dire deux mots pour la réflexion. Que veut dire participation d'habitants ou faire participer les habitants ? Je travaille en participation tout court parce qu'on ne pourra pas décider en haut de faire participer quelqu'un en bas. Cette image n'est pas celle de mon territoire.

Mon autre question est l'idée de la promotion de la santé. Il y a un mot, mais nous avons une conception très différente de ce mot qui souvent est posé dans la même phrase, suivi de virgule. Nous ne savons pas, nous mettons dans un même propos : promotion, prévention, éducation... , c'est long. C'est pour ça que je pense que cela mérite discussion, réflexion

parce que selon mes concepts et mes pratiques, promotion de la santé est un autre paradigme. On fait de la promotion dans tout, en agissant sur les déterminants, en faisant de la place à chacun, habitant, élu, professionnel, du haut, du bas. Tout cela est promotion. Les soins palliatifs sont de la promotion, parce que c'est la qualité de vie, et nous travaillons ce sujet tout le temps. Merci.

Annie CORBIAT, Responsable Praps, ARS de Franche-Comté

Je voulais rebondir parce que je suis un peu étonnée que dans le document qui est très bien, on parle des Ateliers santé ville – c'est vrai que c'est important, qu'il faut les garder, et que ces habitants ont besoin de ça –, sauf que pas une fois vous n'avez parlé du Praps, le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins. C'est un programme obligatoire du projet régional de santé. À partir du moment où vous les avez inscrits, que vous avez identifié les quartiers, les besoins des habitants, que vous en avez fait une action prioritaire pour les années à venir, cela veut dire que l'agence régionale de santé sait ce qu'est un Atelier santé ville, qu'elle l'a mis dans son Praps, que ce dernier a été adopté avec le projet régional de santé et les contrats de santé autour. Je suis quand même un peu étonnée que le Praps n'ait pas été évoqué une seule fois. Nous avons parlé des contrats locaux de santé, contrat local qui n'a aucune obligation d'être signé, alors que le Praps est un programme obligatoire.

Olivier ROVERE, Président de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville

Oui, il est à l'origine des ASV. Cela me semble inconcevable que la politique de la ville ne figure pas dans les Praps de troisième génération qui sont obligatoires. Cela me semble inconcevable que la référence aux Ateliers santé ville n'y soit pas. Je ne suis pas sûr que nous retrouvions la politique de la ville ou des Ateliers santé ville quand nous analyserons l'ensemble des Praps parce que la culture de la politique de la ville, avec l'avènement des ARS, la séparation entre la cohésion sociale, a fait disparaître une partie de cette culture. Vos élus peuvent avoir milité, fait reconnaître la politique de la ville et notamment son volet santé auprès de vos ARS. Pour moi c'est évident que dans les Praps nous devons y faire référence. Nous ne l'avons pas fait parce que nous ne sommes pas rentrés dans le cas des projets régionaux de santé.

L'articulation se retrouve aussi en santé mentale. Certaines régions qui aujourd'hui développent des programmes régionaux de santé mentale y ont inscrit les Conseils locaux en santé mentale. Une articulation est à poser sur les Conseils locaux en santé mentale avec les Ateliers santé ville. Il y a d'ailleurs eu une très belle réflexion il y a trois semaines à Lyon – certains d'entre vous y étaient peut-être. En principe, les CLS doivent être souples. Il doit y avoir des comités de pilotage et on doit les réviser régulièrement. Pour ceux qui ne sont pas encore signés, qui sont en cours, je vous encourage vivement à ce que vous inscriviez l'Atelier santé ville dans le contrat local de santé. Mais il n'y aura pas forcément ce réflexe d'encourager, ce qui est dans le contrat, une action autour de l'Atelier santé ville, autour du dispositif de réussite éducative et de son volet santé. Il faut qu'il y ait une action qui permette aussi de travailler réellement sur la transversalité entre ces dispositifs.

Marie PIRLET, Chargée de mission, ARS Ile-de-France

Je voulais intervenir parce que je crois qu'il faut éclaircir cette notion de contrat local de santé. Le contrat local de santé est la mise en œuvre du programme régional de santé pour une agence sur des territoires particuliers, pour essayer de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Pour compléter ce qu'a dit la personne de l'autre ARS, le Praps est obligatoirement concerné dans tous les CLS puisque les programmes régionaux participent au projet régional de santé. Le projet régional de santé est le haut de la fusée et il est constitué de différents programmes qui sont obligatoires.

Normalement, lorsqu'une ARS négocie un contrat local de santé avec une collectivité territoriale, elle fait part de ses priorités au sein de chacun des projets régionaux de santé et le boulot des délégations territoriales des ARS est d'expliquer les priorités qu'elles souhaitent mettre en œuvre en fonction du constat fait sur chacun des territoires visés. Après, le contrat – comme son nom l'indique – est un contrat entre la collectivité territoriale et l'agence. Cela veut dire que ce n'est pas l'agence qui va faire une programmation de ces actions. Elle va dire quelles sont ses priorités, les problèmes repérés sur le territoire et demander où vous en êtes ?

Et c'est là que nous devons faire appel aux ressources du territoire et du terrain de proximité. Et la ressource quand c'est un territoire non rural, puisque, si c'est un territoire politique de la ville, la ressource essentielle est l'ASV. L'ASV a déjà travaillé, a déjà fait un diagnostic, a déjà repéré les

actions et les publics, et que là il y a à faire se rencontrer le constat-là. Je sais bien que ce n'est pas si simple que cela. Mais je trouve que dans l'articulation, il faut bien être conscient des obligations de chacun. Je peux vous dire qu'au niveau régional – et en tous cas pour ce qui est la région Île-de-France, mais je sais que pour les autres régions aussi –, lorsque le territoire est ciblé par la politique de la ville et qu'il y a existence d'un ASV, l'ASV est inclus. D'ailleurs dans le kit méthodologique national, l'ASV est bien inclus systématiquement dans la réflexion sur l'élaboration et la mise en œuvre du CLS.

Le troisième élément après l'ARS et la politique de la ville, est l'élu, le maire. Quand on contractualise et que le maire qui signe veut que ce soit l'ASV qui soit porteur, on essaie de voir comment l'ASV peut être porteur, et puis s'il dit moi je ne veux pas que ce soit l'ASV qui soit porteur du CLS parce qu'il a déjà suffisamment à faire et que le CLS vise un territoire plus large et que ce sera le directeur du centre municipal de santé ou autre, il faut aussi travailler avec ces remarques-là.

Pour revenir à ce que vous disiez tout à l'heure, j'étais un petit peu choquée quand vous avez dit que les ARS ne doivent pas « manger » la coordination ASV. Je crois qu'il faut être attentif et nous essayons d'y travailler aussi au niveau national. Je peux vous dire qu'on sue à grosses gouttes. Nous étions hier encore en réunion avec un représentant de l'Acsé et avec la DRJSCS Île-de-France pour réfléchir à ce financement de la coordination. Je ne parle pas de coordinateurs, mais de la coordination parce qu'il faut être très vigilant. Aujourd'hui en Île-de-France, nous avons beaucoup de coordinateurs ASV qui ont participé à la mise en œuvre, à l'élaboration du CLS. Demain je ne sais pas s'ils seront les coordinateurs des CLS. En revanche ce que je sais et vous l'évoquiez tout à l'heure, c'est qu'il y a un souci, une épée de Damoclès sur le financement de cette coordination ASV. Va-t-elle perdurer ? Est-elle suffisante ? Nous essayons de défendre cela parce que si on ne défend pas cette coordination de la santé au niveau du territoire de proximité, on pourra toujours parler des coordinateurs ASV, des CLS et de tout ce que vous voulez, à mon avis nous pourrons mettre la clé sous la porte. Je pense qu'il faut travailler ensemble et pas les uns contre les autres. Il faut que chacun garde son identité, mais il faut être bien conscient aussi que par exemple en Île-de-France, l'ARS cofinance des coordinations ASV, des coordinateurs ASV dès l'instant où le coordinateur participe à l'animation du CLS en partie. Oui, parce que sinon nous n'avons aucune

légitimité à coordonner ça. Nous aurons légitimité à financer des actions de santé, mais pas de la coordination ASV, voilà. Je crois qu'il faut être vigilant, il faut qu'on sache ce qu'on met derrière les mots. C'est un dossier brûlant, en pleine réflexion, nous y sommes très attentifs.

1^{ère} Table Ronde

L'apport des démarches ASV à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé : regards croisés en santé publique

Animateur :

Pierre LOMBRIL, Société française de santé publique (SFSP)

Intervenants :

> **Les inégalités socio-territoriales de recours aux soins : l'exemple du dépistage du cancer du col utérin dans l'agglomération parisienne**

Pierre CHAUVIN, Directeur de recherche en épidémiologie sociale, Inserm

> **Comment les soins peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités sociales de santé ?**

Florence JUSOT, Professeur de sciences économiques à l'Université de Rouen et Chercheur associé à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)

> **Inscription des ASV dans la stratégie de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé : construction d'un avis du Haut Conseil de la santé publique (HCSP)**

Didier FEBVREL, Médecin territorial de santé publique, HCSP

> **Inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité**

Thierry LANG, Président du groupe de travail « Inégalités sociales de santé » du HCSP

Olivier ROVERE, Président de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville

Nous allons démarrer cet après-midi par deux tables rondes dans la continuité de notre réflexion de ce matin. Quel est le poids des Ateliers santé ville sur la réduction des inégalités territoriales et des inégalités de santé ? Ce sera l'objet de notre première table ronde animée par Pierre LOMBRIL de la Société française de santé publique (SFSP) à qui je laisserai le soin de présenter nos intervenants. Nous aurons ensuite une deuxième table ronde avec des acteurs institutionnels au cours de laquelle nous pourrions aborder les questions du pilotage de ces nouvelles démarches, de la gouvernance et de la place des Ateliers santé ville, questions qui ont traversé notre matinée.

Pierre LOMBRIL, Professeur de santé publique, Université Paris 13, Société française de santé publique (SFSP)

Bonjour à toutes et à tous. Je suis ravi d'être parmi vous et de pouvoir représenter la Société française de santé publique dont je préside actuellement le conseil d'administration. La Société française de santé publique est plus que concernée par la thématique et par le milieu que vous représentez et vous avez peut-être vu – sinon je vous engage à regarder – les efforts que nous essayons de faire pour rendre visibles les efforts vis-à-vis de ces inégalités sociales et territoriales de santé. L'objet de cette table ronde est double. Nous souhaitons vous apporter des éclairages de chercheur ou de praticien qui prennent de la distance par rapport à ces actions. Puis la commande ayant été totalement drastique – ils vont la respecter parce qu'ils sont bien élevés –, nous essaierons de garder du temps pour que vous puissiez interpeler les membres de la table ronde et avoir un réel échange, une réelle discussion. Je vais demander à chaque intervenant de se présenter, ce sera beaucoup mieux fait que par moi-même. Pierre CHAUVIN va procéder à la première intervention.

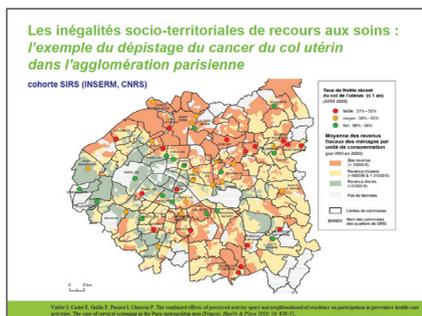
> **Les inégalités socio-territoriales de recours aux soins : l'exemple du dépistage du cancer du col utérin dans l'agglomération parisienne**

Pierre CHAUVIN, Directeur de recherche en épidémiologie sociale, Inserm

Nous nous intéressons, dans mon équipe de recherche, aux inégalités sociales de santé en croisant les déterminants individuels et les déterminants contextuels à des échelles territoriales fines, notamment celle des quartiers. Mon intervention comprendra deux parties. Dans la première partie, je vous parlerai d'un exemple de résultats de ce type d'approche avec des

diapositives un peu plus générales et des conclusions très générales sur ce que peut vous apporter la recherche et ce que vous pourriez nous apporter.

Nous travaillons dans l'agglomération parisienne où nous suivons dans le temps un échantillon représentatif de la population de Paris et de la première couronne de départements depuis 2005 (la cohorte SIRS). Dans cette région de l'hyper-centre francilien, nous avons tiré au sort cinquante quartiers - plus exactement des IRIS², qui font en moyenne 500 mètres de côté dans l'agglomération parisienne ; ce sont donc de très petites zones. Dès le départ, nous avons tiré au sort ces quartiers de façon à surreprésenter les IRIS en zones urbaines sensibles (Zus) et les IRIS défavorisées hors Zus. Tous nos résultats sont ensuite pondérés pour avoir des estimations à la fois représentatives de tout le territoire (des zones les plus riches aux plus pauvres de l'agglomération) et avec une certaine puissance statistique en ce qui concerne les populations les plus défavorisées. Nous avons interrogé ce panel deux fois de façon détaillée : en 2005 et en 2010. A partir de ces données, nous essayons de croiser – de façon statistique - les caractéristiques des individus et leurs conditions de santé ou leurs recours aux soins, avec les caractéristiques de leur quartier de résidence.



À titre d'exemple, nous nous sommes intéressés au recours au frottis du col de l'utérus. Comme vous le savez, c'est une recommandation pour toutes les femmes de 25 ans à 65 ans de réaliser un frottis du col de l'utérus tous les deux ans (après deux premiers frottis normaux à un an d'intervalle). Comme vous le savez aussi, c'est un dépistage qui ne fait pas l'objet d'un dépistage organisé. Il reste à l'initiative des femmes ou de leurs médecins. Le résultat est que c'est un assez bon exemple – malheureusement - de recours à un soin de prévention en santé primaire assez peu coûteux et « banal », mais pour lequel il existe de fortes inégalités sociales (même si le dépistage organisé ne réduit pas complètement les inégalités sociales comme on s'en aperçoit pour un autre dépistage - celui du cancer du sein - il y contribue).

Nous avons observé des taux de recours à jour (dans les deux dernières années) au dépistage par frottis extrêmement différents d'un quartier à l'autre. En regardant ces taux de façon agrégée, s'ils étaient moins bons dans certains quartiers pauvres de l'agglomération parisienne que dans certains quartiers riches, ce n'était pas toujours le cas. Dans la carte que je vous présente (où chaque pastille est un quartier enquêté), les gens qui connaissent bien Paris et sa région observeront par exemple qu'un quartier du 5^e arrondissement de Paris, extrêmement privilégié, connaît un taux de frottis à jour extrêmement médiocre. À l'inverse, nous avons des quartiers défavorisés dans lesquels les taux de frottis sont assez bons. Une simple cartographie comme celle-ci nous dit donc des choses, mais pas complètement tout.

Si nous analysons maintenant les caractéristiques individuelles des 1500 femmes de notre cohorte, nous retrouvons toute une série de caractéristiques individuelles liées au frottis qui sont assez classiques ou qui vont malheureusement toujours dans le même sens : celui d'un gradient social en défaveur des plus vulnérables.

² Les IRIS constituent un découpage infra-communal défini par l'INSEE au moment du recensement de la population de mars 1999, en collaboration avec les communes, devenu la maille de base de la diffusion de statistiques infra-communales. Il constitue une partition du territoire de ces communes en « quartiers » dont la population est de l'ordre de 2 000 habitants. Ce découpage est disponible sur tous les départements français métropolitains et d'outre-mer et sur les collectivités d'outre-mer et couvre toutes les communes urbaines d'au moins 10 000 habitants et la plupart des communes de 5 000 à 10 000 (La France compte 16 000 IRIS pour près de 1900 communes d'au moins 5 000 habitants, dont 650 pour les DOM).

OR (IC 95 %)	
Agg (ref > 35-44 ans)	
18-29 ans	2.00 (1.36-2.94)
45-59 ans	1.37 (0.97-1.93)
> 60 ans	2.07 (1.39-3.04)
Dépistage (ref=Française de parents français)	
Françaises avec un parent étranger	1.26 (0.92-1.71)
Etrangère	1.73 (1.19-2.53)
Niveau d'éducation (ref=Supérieur)	
Secondaire 2 ^{ème} cycle	1.17 (0.84-1.64)
Secondaire 1 ^{er} cycle	1.24 (0.94-1.61)
Aucun ou primaire	1.13 (0.82-1.55)
Covergence M&M&E (ref=00-couverture totale)	
0-20 ou A&E	1.25 (0.76-1.69)
Seule ou totale seule	2.42 (1.64-3.59)
Plus de couverture conduite	3.73 (1.60-20.62)
Revenu du ménage (ref=UC) (ref=tertile élevé)	
Intermédiaire	1.27 (0.97-1.67)
Faible	1.25 (0.88-1.78)
Occupation professionnelle (ref=A&M occupé)	
Sans emploi	0.92 (0.78-1.07)
Retraite	1.14 (0.86-1.49)
A la maison	1.33 (0.89-2.00)
Étudiant	2.07 (1.03-4.12)
Vieut en couple (ref=Oui)	
Non	1.69 (1.13-2.37)
Statut d'activité (ref=4-emploi)	
Retraité(e)	1.52 (1.03-2.23)

Yvelin | Claire E. Galin | Pascal | Chantal | The combined effect of personal activity space and neighborhood of residence on participation in preventive health care: the case of cervical cancer in the Paris metropolitan area. BMC Public Health 2016, 16:1032

Vous voyez que toute chose égale par ailleurs dans ce modèle statistique dit « multivarié », les femmes étrangères – c'est la 2^e ligne jaune – ont presque deux fois plus de risques d'être en retard de leur frottis du col de l'utérus que les femmes françaises nées de parents français qui sont notre catégorie de référence (les « OR » indiqués dans ces tableaux sont des estimations de « sur-risque » par rapport à une catégorie de référence, pour chaque caractéristique ajustée sur toutes les autres du modèle). Nous voyons également que les femmes qui n'ont pas d'assurance complémentaire sont aussi plus à risques d'être en retard pour un dépistage pourtant assez peu coûteux.

Vous voyez aussi, sur la dernière ligne, ce que nous avons appelé « l'espace d'activité » : cet indicateur distingue les femmes qui ont une faible mobilité quotidienne, qui restent majoritairement dans leur quartier dans leur vie de tous les jours, soit parce qu'elles ne travaillent pas soit parce qu'elles n'ont pas de moyen de locomotion, par exemple. Les femmes avec un espace d'activité confiné à leur quartier de résidence ont également plus de risques d'être en retard pour cet examen. Nous pensons que cela est dû, à la fois, au fait que leurs interactions sociales sont moins diversifiées (de fait, d'autres analyses montrent que les femmes aux espaces d'activité restreints ont, en moyenne, un statut socioéconomique plus faible que les autres) – elles ont moins de contacts sociaux avec des femmes plus aisées et aux pratiques de prévention plus conformes aux recommandations – et au fait que la mobilité quotidienne, en elle-même, augmente les opportunités de passer à proximité d'une offre de soins (d'un service de santé au sens large).

Rappelons que, dans ce type de modèle, tous ces risques s'additionnent : les femmes étrangères, sans complémentaire, peu mobiles, etc. ont donc des probabilités bien moindres que les autres d'être à jour de leur frottis.

Est-ce que certaines caractéristiques de l'environnement de résidence sont également associées statistiquement au fait d'être à jour ou non ? Nous avons testé ici quatre caractéristiques du quartier de résidence :

- (i) La localisation : à Paris ou en banlieue (puisque l'organisation spatiale de l'agglomération parisienne, ses services et ses transports notamment, reste très concentrée) ;
- (ii) La richesse du quartier, estimée ici par la moyenne des revenus fiscaux de l'IRIS de résidence ;
- (iii) Les pratiques générales et moyennes de prévention dans le quartier de résidence (vaccinations, consultations à titre préventif chez le dentiste, bilan de santé, d'autres dépistages que le frottis, etc.) ;
- (iv) L'offre de soins, mesurée ici comme la densité médicale en médecins généralistes et gynécologues de ville confondus.

Les caractéristiques contextuelles associées à un retard au FCU		
	Femmes avec espace d'activité restreint OR* (IC 95%)	Femmes avec espace d'activité large OR* (IC 95%)
Localisation		
Paris versus banlieue	0.37 (0.20-0.69)	0.62 (0.42-0.91)
Moyenne des revenus fiscaux des ménages du quartier de résidence** (par IJC)		
Faible versus élevée (tertiles)	2.62 (1.89-3.61)	1.61 (1.19-2.20)
Densité médicale du quartier de résidence**		
Faible versus élevée	2.42 (1.30-4.48)	1.00 (0.71-1.41)
Densité médicale du quartier de résidence**	2.01 (1.43-2.83)	1.19 (0.85-1.67)
Faible versus élevée (tertiles)		

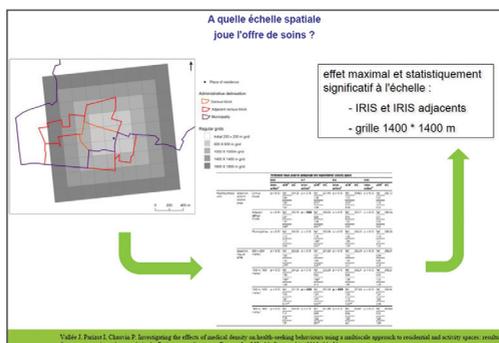
*après ajustement sur les caractéristiques individuelles suivantes : âge, couverture maladie, revenu du ménage par UC, occupation professionnelle, vie en couple et initiation fonctionnelle
 **taux de IRIS de résidence et de tous les IRIS adjacents

Yvelin | Claire E. Galin | Pascal | Chantal | The combined effect of personal activity space and neighborhood of residence on participation in preventive health care: the case of cervical cancer in the Paris metropolitan area. BMC Public Health 2016, 16:1032

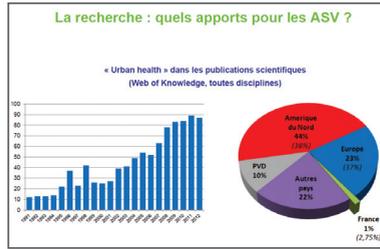
Si nous examinons l'ensemble des femmes, nous ne trouvons pas beaucoup d'effets « contextuels » liés au quartier de résidence (par opposition aux effets individuels vus plus haut, que l'on appelle des effets de « composition ») et notamment pas d'effet de la densité médicale. En revanche, si nous distinguons les femmes selon leur espace d'activité, nous constatons que les femmes dont l'espace d'activité est confiné à leur quartier sont très sensibles à ces caractéristiques contextuelles. Pour ces femmes peu mobiles, on observe des effets assez nets (toutes choses égales par ailleurs en ce qui concerne leurs caractéristiques individuelles, alors même que ces femmes peu mobiles sont, justement, en plus, souvent défavorisées) :

- Nous avons d'abord une opposition Paris-banlieue assez forte : le seul fait de vivre dans Paris diminue le risque d'être en retard pour la réalisation d'un frottis ;
- En moyenne, le fait de vivre dans un quartier pauvre augmente ce risque d'être en retard (en plus de son risque propre, lié à sa propre situation économique, c'est cela qui est intéressant) ;
- De la même manière, nous avons une association statistiquement significative avec les pratiques moyennes de prévention du quartier ;
- Enfin, sur la dernière ligne, vous voyez qu'on estime un effet très fort de la densité médicale. Or on sait qu'en Ile-de-France - une région où la densité médicale moyenne est extrêmement élevée mais où il existe des inégalités territoriales très importantes en matière d'offre de soins - commencent à se constituer des quasi-déserts médicaux, à une échelle micro-locale, en secteur 1 et encore plus en spécialité gynécologique libérale de secteur 1. Nous voyons que pour ces femmes peu mobiles, le sur-risque lié à une faible densité médicale est de l'ordre d'un facteur X3 !

Un dernier type de résultat qu'il me semblait intéressant de vous montrer est l'analyse de la portée spatiale de ces effets. Nous nous sommes amusés dans une autre analyse à faire une analyse de sensibilité en fonction de l'échelle à laquelle nous prenons en compte les facteurs contextuels : l'IRIS de résidence, une zone constituée de cet IRIS et des IRIS adjacents, ou encore des polygones de surface croissante autour de l'adresse de résidence des individus. Il n'y a en effet, bien entendu, pas de règle générale, pas de portée spatiale unique et valable pour tous les phénomènes de santé et tous les facteurs d'exposition sociaux ou contextuels ! Sans rentrer dans les détails, ces analyses ont montré que, en ce qui concerne la densité médicale et le recours au frottis du col de l'utérus, nous avons choisi précédemment la « bonne » échelle : c'est en effet à l'échelle de l'IRIS et des IRIS adjacents (soit une portée de 1,5 km autour de ces femmes peu mobiles) que sont maximaux les effets d'une faible densité médicale – c'est-à-dire à une échelle très locale (et infra-communale pour nombre de villes dans la région parisienne).

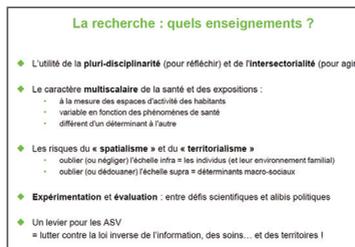


Comme vous le voyez, ce type de travaux qui commence à se multiplier en France est exigeant en données (et ces travaux ont un coût, notamment de recueil de données, qui n'est pas négligeable), mais c'est à ce prix qu'on peut dépasser des approches plus courantes, cartographiques, pour tenter de distinguer et d'estimer les effets respectifs des caractéristiques (notamment socio-économiques) des individus et ceux des caractéristiques de leurs quartiers de vie. Il me semblait intéressant de vous montrer ça, parce que je pense que vous êtes souvent confrontés à cette interrogation : est-ce que nous parlons des individus, de groupes d'individus ou de catégories de population ? Et dans ce cas, lesquels ou lesquelles ? Et/ou est-ce que nous devons considérer des zones géographiques, des territoires, lesquels et pour quelles raisons ? Avec quelles hypothèses d'effets, d'actions possibles et de résultats attendus ? Vous voyez que la recherche se pose des questions pas si éloignées des vôtres (heureusement !) et commence, très modestement, à apporter quelques réponses qui peuvent soutenir ou guider vos approches...



Ceci dit, quand on interroge les bases de données des journaux scientifiques (de toutes disciplines, y compris en sciences humaines et sociales) sur les résultats de la recherche en santé urbaine, nous nous apercevons que ce champ de recherche est en pleine explosion, que nous sommes dans quelque chose qui est en train de se construire (et, si on y regarde de plus près, la recherche en la matière reste d'ailleurs beaucoup plus normative qu'empirique, sans doute faute de moyens). Mais on constate également que nous en sommes à des volumes de publications académiques qui restent assez modestes (une centaine d'articles par an dans le monde), notamment en France. Vous voyez que la France représente en la matière 1% des publications mondiales sur la santé urbaine (quand elle représente près de 3% des publications en santé publique). Il reste du travail à faire, à la fois pour les chercheurs et sans doute pour des partenariats entre les acteurs et la recherche.

Pour conclure, je voulais aborder rapidement quelques enseignements généraux sur ces recherches sur les inégalités urbaines et territoriales de santé.



- Je crois que d'une part ce qui est très intéressant et important en termes de recherche, c'est la pluridisciplinarité sur ces questions, de croiser le point de vue et les méthodes des épidémiologistes, des sociologues, des géographes, des économistes, etc. Si vous avez besoin de travailler en intersectorialité, nous, nous avons besoin de faire de la recherche en interdisciplinarité.
- La deuxième chose est le caractère multi scalaire, multi échelles (géographiques), de tous les phénomènes. D'un phénomène de santé à un autre, d'une exposition ou d'un déterminant (qu'il soit individuel ou collectif ou territorial) à l'autre, on n'est pas forcément dans les mêmes échelles spatiales, et même si je crois que nous sommes tous convaincus ici de l'intérêt de l'échelle micro locale (celle du quartier) pour observer et agir, nous serons aussi d'accord pour dire que les déterminants sont parfois plus larges (à l'échelle de la commune, de la région ou du pays tout entier) et parfois plus resserré encore (à l'échelle de la cage d'escalier, voire du ménage ou du foyer). Il faut toujours avoir en tête cette idée d'échelle éminemment variable.
- Très rapidement, il y a aussi ce qu'on appelle le risque du « spatialisme » ou du « territorialisme » : c'est-à-dire le risque de trop se concentrer sur les territoires et d'oublier les individus. Les territoires aussi petits soient-ils - vous en avez l'expérience - restent de toute façon hétérogènes, et il faut prendre en compte aussi cette hétérogénéité. L'autre risque du spatialisme - qui est plutôt un obstacle dans vos actions et vos pratiques - c'est de négliger (ou de ne pas pouvoir agir) sur les déterminants macros, notamment macro-sociaux et/ou extra-sanitaires (l'emploi, la fiscalité, l'éducation, le logement, les politiques nationales en général, etc.).
- Je n'aurai pas le temps de développer les enseignements en termes d'expérimentation et d'évaluation mais je pense qu'on va en reparler.

Je voudrais conclure en soulignant qu'un des leviers d'action les plus précieux pour les ASV, vu de l'extérieur - mais je pense que vous expérimentez ça tous les jours - c'est de lutter contre une forme de « loi inverse ». Comme il existe une loi inverse de l'information (selon laquelle un nouveau média ne fait jamais qu'informer encore mieux les gens déjà bien informés), comme il existe une loi inverse des soins (le système de soins propose ses innovations et ses améliorations d'abord aux personnes déjà les mieux soignées), il y a sans doute une loi inverse des territoires : ce sont ceux déjà les mieux dotés qui bénéficient spontanément des progrès et des améliorations. C'est vraiment contre ça que doivent agir, politiquement, les ASV : en proposant des réponses et des stratégies (même modestes) qui luttent contre cette tendance spontanée, en apportant enfin - et pour une fois en matière de santé - aux territoires qui en ont le plus besoin des vrais outils.

Pierre LOMBRIL, *Animateur de la table ronde, SFSP*

Un grand merci Pierre. Applaudissements mérités pour un défricheur de ces sujets qui nous aide à comprendre l'influence respective du social et du spatial. Si vous avez la curiosité - et je sais que vous l'avez - vous pourrez lire un résumé de ceci dans un prochain numéro de « *Actualité et dossiers en santé publique* » qui vous montre bien la complexité, c'est-à-dire que ça ne marche pas toujours de la même façon pour tous les indicateurs à toutes les échelles. Il se passe des choses complexes et il n'est pas étonnant que vous ayez l'impression d'une certaine difficulté d'action sur le terrain. Le contraire me surprendrait vraiment.

Nous poursuivons avec un autre exposé de chercheuse sur un autre registre puisque Florence JUSOT est économiste et qu'elle connaît particulièrement bien l'économie de la santé. Elle a participé à un travail de revue de la littérature sur l'apport de soins primaires à la réduction des inégalités sociales de santé - si c'est bien ça que tu vas présenter, ma chère Florence.

> Comment les soins peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités sociales de santé ?

Florence JUSOT, *Professeur de sciences économiques, Université de Rouen et Chercheur associé à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)*

Vous avez dans votre dossier, une publication qui présente les principaux résultats d'une revue de littérature que nous avons réalisé avec Yann BOURGUEIL, directeur de l'Irdes, et Henri LELEU sur les interventions menées dans le secteur des soins primaires permettant de réduire les inégalités sociales de santé. Quel était le contexte de cette revue ? Comme vous le savez, les inégalités sociales de santé ont des causes multiples. Cela a été largement énoncé dans le rapport publié par les membres de cette table. Plusieurs types de politiques sont donc envisageables. Plusieurs projets européens se sont intéressés à identifier les interventions qui seraient efficaces en adressant les déterminants sociaux de la santé en dehors du système de soins, en particulier le projet « *Determine* » qui a été fait en collaboration avec l'Inpes.

Ces projets se sont donc intéressés aux politiques éducatives, aux politiques permettant de réduire les inégalités de revenus ou encore d'améliorer les conditions de vie et de travail. Par ailleurs, un autre projet européen, le projet AIR (*Addressing inequalities interventions in regions*) auquel nous avons participé, a cherché à identifier la possibilité de réduire les inégalités de santé à travers la mobilisation du système de santé et notamment les soins primaires.

Avant de présenter les résultats de cette revue de littérature réalisée dans le cadre de ce projet avec mes collègues Yann BOURGUEIL et Henri LELEU, pourquoi s'intéresser aux soins primaires ? Quelques faits sont intéressants à rappeler :

- La première chose importante à savoir, c'est que, comme il a été dit, il existe des inégalités d'accès aux soins pour la plupart des types de soins. Ces inégalités sont très marquées pour les soins préventifs, et extrêmement marquées pour les soins de spécialistes. En revanche, pour les soins de généralistes, nous voyons très peu de différences de recours entre groupes sociaux.
- Nous savons aussi que ces inégalités n'ont pas la même ampleur dans tous les pays. Des travaux récents de l'OCDE montrent en particulier que la France est le pays qui a le plus haut niveau d'inégalités pour les soins de spécialistes. Les inégalités sont également importantes en France pour les soins préventifs, mais nous ne sommes pas les plus mal classés. Enfin, la France est bien classée pour les inégalités de recours aux soins de spécialistes.
- Il apparaît alors que ce sont les pays qui ont des systèmes de soins primaires organisés, qui présentent les inégalités les plus faibles. Il semble qu'au niveau organisationnel, s'appuyer sur des soins primaires forts est important. Et, si nous regardons historiquement quels sont les pays qui se sont intéressés les premiers à la lutte contre les inégalités sociales de santé, nous voyons que ce sont des pays comme la Grande-Bretagne, les Pays-Bas ou la Suède, qui ont

des soins primaires plutôt organisés. De plus, ces pays se sont en partie appuyés sur les soins primaires, médecins généralistes, mais aussi sur d'autres professionnels de premier recours : infirmiers, paramédicaux, etc., pour asseoir leurs politiques de réduction des inégalités sociales de santé.

En effet, la réduction des inégalités sociales de santé n'implique pas simplement de faire en sorte que les personnes plus désavantagées recourent aux soins. Il s'agit de les amener à bien gérer leur santé et leur suivi. Ce n'est que par un contact de proximité que nous pourrions y arriver. Étant donné que l'ensemble de la population a des contacts réguliers avec son généraliste, s'appuyer sur les soins primaires semble judicieux pour amener l'ensemble des patients à une meilleure gestion de leur santé. S'appuyer sur les soins primaires pour réduire les inégalités sociales de santé peut consister à des modifications substantielles du système de santé. Mais on peut également s'intéresser à des interventions plus isolées comme les Ateliers santé ville par exemple qui visent à mobiliser les soins primaires pour réduire les inégalités sociales de santé.

L'objet de la revue de littérature était ainsi de recenser les articles publiés entre 2000 et 2010 dans des journaux scientifiques ou de la littérature grise lorsque nous y avons accès, publiés en langue anglaise ou dans les langues des pays partenaires du projet (toute la littérature en français publiée en France, en Belgique en Suisse, etc., a pu être mobilisée), qui présentaient des résultats d'interventions mobilisant les soins primaires qui avaient été évaluées au regard de leurs résultats sur les inégalités sociales de santé. Nous avons ainsi retenu les articles présentant des évaluations soit en termes de processus, soit en termes de recours à des soins préventifs, ou en termes de santé.

Cela pouvait être des résultats en termes de processus, d'adhésion à des dispositifs, de fréquentation de certains lieux, ou de santé, qui avaient été évalués selon différents groupes sociaux – chez les plus pauvres et pour les personnes plus favorisées – ou centrés sur les résultats d'intervention menées uniquement auprès des populations les plus pauvres. Aux États-Unis, de nombreux travaux ont ainsi été menés exclusivement dans des quartiers populaires ou auprès de minorités, sans comparaison avec le reste de la population. Nous avons sélectionné les articles à partir des bases de données classiques, sur la base de mots clés, du titre, du résumé et les avons classés par typologie.

- Au total, sur plus de mille articles recensés par les bases de données, seule une centaine a été retenue. J'insiste sur le fait que bon nombre d'interventions sont menées, mais il est rare de trouver des informations sur celles-ci. J'appelle de mes vœux – si les résultats de certains Ateliers santé ville ont fait l'objet d'évaluation – de partenariats pour partager ces résultats. Une dizaine de revues de littérature ont pu être trouvées.
- De manière surprenante, plus de 80 % de cette littérature concernaient des interventions mises en place aux États-Unis. Ceci s'explique par le fait que les Américains publient beaucoup dans leurs revues, mais aussi par le fait que le système américain étant libéral, il n'apporte pas une couverture universelle à l'ensemble de la population. Des interventions sont donc menées localement pour réduire les inégalités de santé et de recours aux soins et font régulièrement l'objet d'évaluation, ce qui permet de savoir ce qui fonctionne ou pas.
- Pour le reste, il s'agissait d'actions menées en Grande-Bretagne, aux Pays-Bas, en Nouvelle-Zélande, en Australie – des pays du Commonwealth, qui ont des systèmes où les soins primaires sont assez forts –, mais également en France, en Hongrie, en Belgique ou en Italie.

L'analyse de ces articles nous a permis d'identifier trois grands types d'intervention efficaces :

- Les interventions visant à améliorer l'accès financier aux soins ;
- Les actions de prévention ;
- Les interventions visant à améliorer la qualité des soins au travers des modifications de l'organisation des soins.

> Les interventions visant à « améliorer l'accès financier aux soins »

Nous avons recensé deux grands types d'interventions, le premier consistant à améliorer la couverture assurantielle des populations les plus pauvres, le second à fournir des soins gratuits. Pour le premier type d'intervention, dans le contexte français, il s'agit par exemple de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) qui est un contrat de complémentaire santé offert aux plus pauvres ou l'aide complémentaire santé (ACS) qui est une subvention pour l'achat d'un contrat de complémentaire. Pour la fourniture de soins gratuits, nous avons de nombreux exemples venant des États-Unis comme la mise en place des « *Safety Net* » qui sont des hôpitaux gratuits.

Nous voyons que tous les travaux convergent sur le fait qu'améliorer la couverture assurantielle et réduire le coût des soins a un impact extrêmement fort sur l'utilisation des soins et en particulier chez les plus pauvres et les plus malades. Des travaux montrent également une amélioration sur l'état de santé. Une expérience menée en Oregon sur l'extension de la couverture aux plus pauvres « *Medicaid* » a montré des résultats considérables sur l'accès aux soins et à la prévention.

Néanmoins, cette littérature montre aussi que :

- Améliorer l'accès aux soins ne permet pas forcément que les gens s'en emparent et que l'amélioration des droits ne se traduit pas forcément par une amélioration de leur utilisation. Il reste une part de non-recours aussi bien aux États-Unis qu'en France.
- L'aide complémentaire santé est particulièrement inefficace, nous enregistrons 75 % de non-recours à ce droit en France. Les expériences américaines du même type sont arrivées à des conclusions équivalentes.
- Enfin, cette littérature démontre qu'il reste deux écueils qui sont la moindre qualité potentielle des soins gratuits, moindre qualité réelle ou perçue, qui peut induire un risque de voir les plus pauvres renoncer à ces soins parce qu'ils estiment qu'ils vont être moins bien traités que s'ils allaient dans le système normal.
- Des refus de soins sont documentés en France, en Suisse et aux États-Unis quand ces systèmes sont assortis de tarifs opposables. Il y a par exemple été annoncé que ces tarifs opposables seraient étendus aux bénéficiaires de l'ACS, cela signifie que la part de la population à essayer des refus de soins risque d'augmenter en France.

> Les interventions de prévention

Celles-ci concernent tout particulièrement les Ateliers santé ville. La littérature est très abondante et les articles montrent que des actions de prévention sont efficaces pour réduire les inégalités :

- c'est le cas lorsque ces interventions sont menées dans le cadre d'entretiens individuels ou en petits groupes, alors que les campagnes de masse ne fonctionnent jamais et au contraire, ont plutôt tendance à augmenter les inégalités ;
- cela est plus efficace lorsqu'on fait intervenir des membres de la communauté, des pairs plus que des professionnels et qu'il s'agit d'interventions adaptées culturellement et linguistiquement pour mieux cibler les populations ;
- il est important d'aller chercher les gens et de faire du suivi.

Nous n'avons curieusement trouvé aucune étude visant à impliquer les professionnels de santé dans ces initiatives et nous pensons que cela est dommage.

Nous trouvons également des interventions qui ressemblent aux Ateliers santé ville et qui sont documentées dans d'autres pays notamment aux Pays-Bas. Ce sont les interventions « chapeau » qui sont des structures financières, logistiques et juridiques qui permettent d'organiser une multitude d'interventions ciblées de prévention complémentaires, de les articuler et d'éviter le cloisonnement. L'efficacité de ces dispositifs est là encore démontrée.

> **Concernant les modifications de l'organisation des soins**, il s'agit d'interventions qui, en général, n'ont pas été mises en place pour réduire les inégalités de santé, comme le « *disease management* » ou le « *managed-care* » ou le paiement à la performance. Il s'agit de réorganisations des soins primaires mises en œuvre pour améliorer la qualité des soins. Il a été montré dans certains cas que le « *disease management* » et le suivi des malades chroniques amélioreraient la prise en charge des patients les plus modestes. Le « *managed-care* » affiche quant à lui des résultats un peu contradictoires. Certaines interventions spécifiques sont documentées, offrant des services comme la PMI en France organisés en lien avec les professionnels de santé.

Juste un dernier mot avant de conclure. Il y a parfois des interventions innovantes qui cherchent à mettre les professionnels de santé dans des endroits où on ne les attend pas pour adresser d'autres déterminants comme mettre des médecins dans les crèches, non pas pour améliorer l'accès aux soins des enfants, mais pour éviter que leurs parents ne soient absents au travail et licenciés.

L'articulation entre les déterminants sociaux et l'accès aux soins est complexe. Bien évidemment, cela fait l'objet d'une revue de littérature et nous ne savons pas si ces résultats sont transférables au contexte français. Nous voyons cependant des résultats cohérents avec ce que nous savons en France. J'appelle donc de mes vœux les évaluations des Ateliers santé ville et une communication à l'international des résultats de ces initiatives.

Pierre LOMBRIL, *Animateur de la table ronde, SFSP*

Merci Florence. Nous retiendrons une évaluation et au minimum une communication et une réponse à l'interrogation de la Société française de santé publique. Il faut organiser le partage d'expériences et mener des expérimentations scientifiques. Nous allons changer de registre et écouter deux personnes qui occupent des positions différentes au Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Didier FEBVREL représente la commission « prévention ». Il va vous présenter l'avis que cette commission devrait faire adopter par le Haut Conseil de la santé publique.

> Inscription des ASV dans la stratégie de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé : construction d'un avis du Haut Conseil de la santé publique (HCSP)

Didier FEBVREL, *Médecin territorial de santé publique, HCSP*

Bonjour, je suis médecin de santé publique, médecin territorial. Je travaille auprès du service de santé publique de Marseille et suis membre de la commission spécialisée « prévention, éducation et promotion de la santé » du Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Je suis un « expert ».

La commission a décidé de travailler sur un avis sur l'inscription des Ateliers santé ville dans la stratégie de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Comme l'a dit Pierre, cet avis n'est pas encore diffusable parce que non encore validé. J'ai l'autorisation de vous en parler et de vous donner la primeur des quelques éléments dont je dispose. Il s'agit d'un avis dont les objectifs étaient de faire le point sur une démarche et un dispositif afin de mieux les faire connaître parce que nous nous sommes rendu compte assez vite et paradoxalement que si les Ateliers santé ville sont connus dans le milieu de la politique de la ville et des professionnels de santé ou de santé publique ou de promotion de la santé qui gravitent autour de la politique de la ville, en revanche dans le milieu « *hard* » de la santé publique, cela n'est pas très bien connu.

Il fallait faire comprendre au HCSP ce qu'était un dispositif de santé publique. Nous pouvions aussi profiter de cette chambre d'écho pour faire un avis même s'il est limité et perfectible. Les Ateliers santé ville ne sont pas des médicaments, mais nous essayons de nous appuyer sur des données probantes, des faits, de considérer ce qui peut être établi, « incontestable », venant de la littérature plus quelques auditions. Au regard de ces considérations, nous produisons des recommandations et en l'occurrence, nous avons souhaité recommander le développement et le renforcement des Ateliers santé ville.

Je ne vais pas vous apprendre grand-chose dans les points que je vais vous exposer, cependant cela a le mérite de fixer un certain nombre d'éléments :

- Les Ateliers santé ville constituent une démarche et un cadre d'ampleur nationale sur la base de sa définition, de ses caractéristiques, son nombre, sa couverture géographique, la production très importante de programmes de diagnostics, d'actions, les populations touchées, les thématiques en termes de santé qui sont développées. Je ne rentre pas dans les détails, mais c'est une démarche d'ampleur nationale que nous ne pouvons pas mettre de côté.
- Nous considérons aussi qu'ils sont soutenus par l'État, les collectivités territoriales, le ministère de la Santé, le ministère de la Ville, le Comité interministériel des villes, le Conseil national des villes, les élus locaux avec des réseaux comme Villes-Santé OMS ou des associations comme « Elus, santé publique et territoires » voire d'autres élus locaux, d'autres associations de maires et autres. Les Ateliers santé ville bénéficient d'un ensemble de moyens inscrits dans la loi de finances pour financer l'ingénierie et de financements locaux.
- Depuis leur création en 1999 à l'initiative de la Délégation interministérielle à la ville, de la Direction générale de la santé et de la Direction générale de l'action sociale, le ministère de la Santé et ministère de la Ville, les Ateliers santé ville se sont continuellement inscrits dans des évolutions réglementaires, ce qui permet de les légitimer. Ils ont évolué dans le cadre du volet santé de la politique de la ville et dans la suite de la loi contre les exclusions de 1998 et notamment avec sa traduction opérationnelle qui est le Praps. Il fait maintenant le lien avec les contrats locaux de santé.
- Les Ateliers santé ville ont initié et formalisé une démarche innovante qui fait émerger ou consolide les réseaux d'acteurs locaux. Ils contribuent à une prise de conscience, une sensibilisation, à une connexion avec toutes les politiques et les ressources locales, à des mobilisations d'acteurs et d'opérateurs locaux avec le souci de générer un cadre de référence de façon à ce que dans ce foisonnement que nous pouvons considérer comme une hétérogénéité ou une variété, de s'appuyer sur une référence commune. Cela a abouti au référentiel de 2012. L'idée de s'appuyer sur les cadres de référence a toujours été en filigrane dans la pensée et en continuité dans les Ateliers santé ville, avec la recherche d'animations régionales ou nationales. Il y a également dans les démarches innovantes tout ce qui concerne la culture de programmation, les diagnostics, etc.
- Nous considérons aussi que la transversalité, l'intersectorialité et la promotion de la santé constituent les clés d'action des Ateliers santé ville sur les déterminants sociaux de la santé au niveau le plus local. Pour nous, les Ateliers santé

ville sont une culture de promotion de la santé et de programmation à l'échelle locale. Même si effectivement – et Thierry LANG en parlait ce midi – le concept de promotion de la santé mérite qu'on le vulgarise et qu'on le diffuse. Nous pensons en effet que ce concept est opérationnel et structurant.

- Nous avons considéré que les Ateliers santé ville étaient des outils de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé même si leurs impacts sur ces inégalités sont difficiles à évaluer. Il existe des arguments, des faits qui plaident en faveur du fait que les ASV s'inscrivent dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, ne serait-ce que le lien historique qu'il y a avec la lutte contre les exclusions et la politique de la ville. Nous pouvons considérer que comme cela concerne par définition les habitants des quartiers défavorisés, nous pouvons penser que leur ancrage territorial au plus près des besoins de la population, avec des diagnostics locaux et des fonctions d'observation qui servent à mieux connaître les problématiques et contribuent à identifier les inégalités territoriales de santé, ils sont susceptibles d'enrichir et d'adapter les politiques de santé publique en articulant les différents volets du Cucs, avec les politiques régionales et nationales dans le champ d'action spécifique visant à réduire les inégalités sociales de santé. Enfin, leur action sur les déterminants sociaux de la santé, au croisement de la politique de santé - notamment l'inscription dans les Praps - et des politiques de cohésion sociale et des actions menées sur le cadre de vie qui en sont un exemple.
- Nous constatons que l'objectivation et la mesure des effets sont difficiles à mettre en évidence ou sont quasi inexistantes même si certaines des actions ont déjà fait la preuve de leur intérêt pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Les ASV ont été considérés de manière favorable dans la plupart de leurs dimensions, mais la démarche et le dispositif restent perfectibles. Nous avons une véritable plus-value, une dynamique inédite en France notamment sur la question de la territorialisation ou de la constitution et structuration d'un projet territorial de santé, sur les questions de participation des habitants, populations, acteurs de santé, professionnels de santé. Nous avons constaté la très grande capacité de mobilisation des Ateliers santé ville. Dans cette démarche, la coordination est essentielle.

Nous recommandons par conséquent le développement et le renforcement de la démarche et du dispositif des Ateliers santé ville :

- dans leur positionnement au croisement des politiques de santé et de la politique de la ville :
 - Par le maintien de l'inscription des Ateliers santé ville dans l'animation des dispositifs de contractualisation entre l'État et les collectivités territoriales dans le champ de la santé et de la politique de la ville.
 - Par la formalisation du rôle et de la place des ASV dans la réflexion sur l'articulation entre les besoins locaux et la mise en place des projets régionaux de santé des ARS et des politiques locales de cohésion sociale de l'État.
- dans la pérennisation de leurs ressources, par le maintien des cofinancements pour l'ingénierie des ASV inscrits dans la loi de finances et confiés à l'Acse, avec un apport de financement des ARS compte tenu de l'élargissement des champs contractualisés,
- dans leur capacité de coordination et d'animation :
 - Par la mise en place d'un dispositif national de formation des coordinateurs Ateliers santé ville, avec la prise de conscience probablement du caractère formateur des activités de coordination. Il me semble qu'il y a une génération de professionnels qui sont arrivés sur le champ et qui sont un apport essentiel pour des personnes qui, comme moi, réfléchissent à la question des réseaux de promotion depuis des années. Nous n'avons jamais eu l'occasion de bénéficier de professionnels dans ce domaine aussi longtemps et de manière aussi structurée.
 - De par leur soutien, ils accentuent leur capacité de programmation et de développement de projets de santé ciblés sur les micro-territoires de la politique de la ville. Il s'agit de maintenir cette culture de la programmation et du développement de projets de santé.

- dans leur cohérence et harmonisation :
 - Nous soutenons la Plateforme nationale de ressources des ASV et prônons son renforcement pour un pilotage national assez fort, pour le développement d'une méthodologie de projet, une valorisation des ASV, la capitalisation des acquis, de la valeur ajoutée et des productions.
 - Nous accompagnons la promotion et la diffusion de l'utilisation de référentiels pour améliorer la qualité et la programmation des ASV, non seulement du référentiel national, mais également des outils d'aide à la construction d'actions de promotion de la santé ou de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, voire des référentiels pour mener des diagnostics locaux.
- Le dernier point est la mise en œuvre de démarches d'évaluation. Comme nous l'avons montré dans nos considérations, c'est toujours le point faible.
 - Le soutien des démarches localisées d'évaluation des Ateliers santé ville est centré sur l'impact des inégalités sociales de santé et,
 - par la mise en œuvre d'une démarche nationale d'évaluation de la démarche des ASV notamment avec une étude comparative,
 - en s'appuyant sur le concours de scientifiques, d'experts, afin de créer les conditions de la recherche sur les micro-territoires, les ASV étant des lieux où des micro-recherches peuvent se mettre en place.

En conclusion, nous sommes sur un avis daté, la vie continue. Des éléments figurant dans les recommandations sont déjà mis en évidence par la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville. Cet avis n'est pas représentatif du foisonnement incroyable des ASV. Nous n'avons pas fait leur évaluation puisque nous la recommandons. Nous n'en avons pas les moyens, il faut que nous nous les donnions. Nous pensons que cette démarche modifie essentiellement le système de santé publique au niveau territorial. Je trouve que c'est une des choses les plus excitantes que j'ai vues dans ma carrière de promotion de la santé. Je dois faire une déclaration de conflit d'intérêts : je m'occupe des Ateliers santé ville à Marseille.

Pierre LOMBRIL, *Animateur de la table ronde, SFSP*

Vous avez compris que Didier n'est pas du tout militant et que son discours se termine par une nécessité d'évaluation. Nous manquons encore de données d'impact. La pérennité de ce mouvement - que je trouve également formidable - doit encore se donner les moyens et faire les preuves de son efficacité, parce que sinon, nous risquons de rencontrer quelques soucis dans le contexte économique que vous connaissez.

Le dernier intervenant fait aussi partie du Haut Conseil de la santé publique. Thierry LANG travaille sur le sujet des inégalités de la santé depuis quelques dizaines d'années et a piloté un groupe puis l'élaboration par ce groupe d'un outil utilisable par les commissions et autres groupes de travail du Haut Conseil de la santé publique.

> Inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité

Thierry LANG, *Président du groupe de travail « Inégalités sociales de santé », Haut Conseil de la santé publique (HCSP)*

Merci de m'avoir invité. Je suis président d'un groupe de travail du Haut Conseil de la santé publique. Je vais parler du groupe transversal sur les inégalités sociales de santé. Je parle sous contrôle, car tous les gens autour de la table font, ont fait ou feront partie du groupe. Je suis aussi chercheur en santé publique à Toulouse.

Le rapport s'appelait « *Inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité* » avec un contenu implicite qui était de sortir du seul modèle biomédical. Je voudrais vous présenter rapidement le bilan des recommandations qui ont été faites en 2009 sachant qu'un rapport a généralement pour destination le tiroir. Nous sommes dans une période intermédiaire du point de vue de ces recommandations, car il s'est passé un certain nombre de choses.

Cela peut continuer. Je pense que nous sommes dans un virage qui n'est pas encore terminé, avec des signes encourageants.

Nous avons recommandé trois directions :

- Se fixer un objectif explicite de réduction des inégalités sociales de santé
- Se donner les moyens de suivre les progrès, en évaluant grâce à un dispositif statistique
- Agir.

Au niveau national, la loi de santé publique est en cours d'écriture avec quelques années de retard. Nous pouvons espérer que la réduction des inégalités sociales de santé sera dans cette future loi. En tout cas, nous avons cet objectif explicite inscrit parmi les priorités des Agences régionales de santé, il faisait partie du plan Cancer II et fera aussi partie du plan Cancer III. Nous avons donc un certain nombre d'institutions dont l'objectif explicite est de réduire les inégalités sociales de santé.

Nous voulions nous donner les moyens de suivre les progrès ou les régressions en matière d'inégalités sociales de santé (ISS). Vous savez que pour le plan Cancer II figurait l'objectif de réduire les inégalités sociales de santé. Finalement, le bilan de suivi de ce plan est bien pauvre, car nous n'avons pas de dispositif statistique. Nous sommes bien incapables de dire si les inégalités sociales de santé ont été réduites. Il a été demandé à notre groupe de la part de la Direction générale de santé (DGS) de faire des propositions sur un dispositif statistique qui nous permettrait d'y voir clair. Nous y travaillons, il n'y a pas de révélation sensationnelle. Les indicateurs pourront se répartir avec des variables individuelles que nous pourrions peut-être rajouter dans les systèmes d'information. Depuis peu, nous avons des indicateurs de défavorisation qui permettront à partir de la valeur attribuée à l'IRIS – un quartier de 2000 personnes – d'avoir une approximation de la position dans l'échelle hiérarchique socio-économique d'un individu, à partir d'une information qui est la seule adresse. Cela enrichira dans les deux ou trois ans à venir le dispositif statistique de suivi des inégalités sociales de santé. Le croisement des bases de données administratives se poursuit doucement. Il permet de croiser les données sanitaires avec les données de l'Insee, un jour ce seront les données fiscales et d'autres fichiers. Aujourd'hui, tout cela est très compliqué, mais je pense qu'à terme nous aurons les moyens de suivre l'évolution des inégalités sociales de santé. Nous n'avons pour l'instant pas de nouvelle du rapport de synthèse sur les inégalités sociales de santé tous les cinq ans.

Ensuite, nous avons recommandé de s'intéresser aux déterminants sociaux de la santé. Le ministère de la Santé est un ministère qui n'a pas vocation à diriger l'ensemble des politiques. Mais nous pouvons inverser les propositions en développant ce qui émerge en France à une échelle modeste mais significative, qui est l'évaluation d'impacts sur la santé, comme cela existe au Québec sous la forme de l'article 54. Quand on s'adresse à des personnes qui mettent en place des politiques de transport, d'aménagement du territoire ou d'habitat et qu'on leur dit que ces politiques impacteront la santé, nous sommes immédiatement compris, beaucoup plus facilement que lorsqu'on essaie de promouvoir ces termes qui ne sont compris que de quelques croyants rassemblés dans cet amphithéâtre. Des expériences sont menées en région PACA, en Bretagne, en Ile-de-France, en Midi-Pyrénées. De mon point de vue, il est très pédagogique d'introduire la notion que les déterminants sociaux de la santé impactent la santé. Vous savez que chaque année le HCSP rend un certain nombre d'avis. Or il nous a semblé que les inégalités de santé n'étaient pas toujours prises en compte dans ces avis. C'est la raison pour laquelle nous avons introduit une grille de lecture qui permet aux rédacteurs de chaque avis de se poser la question, lors de chaque décision, de la prise en compte ou non des inégalités sociales de santé et que les réglementations recommandées ne vont pas les aggraver. C'est une démarche pédagogique.

Certaines recommandations étaient nationales comme le développement de la promotion de la santé avec des actions locales basées sur l'intersectorialité, la participation des habitants aux décisions, des diagnostics de territoire partagés - activités que vous menez et qui étaient à l'époque une recommandation du HCSP. Page 60 du rapport du HCSP était signalé le risque de ne pas considérer l'intérêt d'un tel dispositif faute de données statistiques permettant de l'évaluer. Je partage l'avis exposé concernant l'intérêt du dispositif. Il me semble que le risque persiste. Je ne dirai pas que l'évaluation repose sur les données statistiques seules, mais le risque persiste que, faute de pouvoir produire une évaluation, le dispositif soit affaibli.

Je vous ai dit que j'étais chercheur en région. Je copilote un programme de recherches³ dans lequel nous avons appliqué à la lettre les recommandations que nous avons faites pour développer la recherche, c'est-à-dire qu'il faut qu'elle soit interdisciplinaire.

³ AAprISS : Apprendre et Agir Pour Réduire les Inégalités Sociales de Santé.



Vous voyez les disciplines dans la colonne de gauche et les collectivités territoriales dans la colonne de droite. Nous nous sommes posés la question de l'évaluation qui est centrale, car malgré ce qui se passe en France, cette force d'innovation, cet investissement, ce dynamisme en santé publique incontestable, nous n'avons pas de vision claire de ce qu'il se passe vraiment et de ce que cela produit. Nous nous sommes donc posés la question des méthodes d'évaluation abordées précédemment.

Je vais à présent vous parler d'un travail qui est en chantier, sollicitant trois types d'acteurs : des chercheurs, des chercheurs en santé publique comprenant des sociologues et des épidémiologistes, des coordinateurs d'un Atelier santé ville des quartiers nord de Toulouse. Nous avons un programme d'intervention dont nous attendons les effets. Nos interventions sont décrites comme étant très spécifiques dans un contexte très particulier avec beaucoup de détails, de spécificités locales. La question est de savoir quels en sont les effets et si l'expérience qui est positive peut être transférable ailleurs. Je ne parle pas d'évaluation scientifique, mais de savoir ce qu'il se passe pour pouvoir le transférer.



Le schéma que je vous propose est un schéma que nous avons élaboré à partir de la littérature internationale. Celui-ci a l'accord des chercheurs qui l'ont dessiné, mais également des coordinateurs Ateliers santé ville intéressés par la question de l'évaluation.

- Il reste à définir le fait qu'une intervention quelconque se produit dans un contexte extrêmement spécifique : le quartier dans lequel on travaille, le caractère précaire du dispositif, les financements, la participation de la ville.
- Il est ensuite intéressant de distinguer deux parties dans le programme : 1) ce que nous pouvons appeler une logique d'action, c'est ce que nous essayons de faire. Une théorie, une logique va se décliner de manière différente selon les contextes. 2) La spécificité du contexte dans lequel on travaille va imprimer sa marque à l'action : c'est la question de l'implémentation. Autant la méthode d'implémentation n'est pas transférable d'un quartier à un autre, autant la logique d'action si elle fonctionne peut être utilisée ailleurs. Elle est dégagée du contexte.
- Si nous avons un programme qui n'a pas d'effet, soit la logique d'action ne fonctionne pas – par exemple l'éducation pour la santé, le transfert de connaissances, les campagnes d'éducation générale ..., soit des programmes ont une logique efficace, mais qui ne fonctionne pas parce que nous n'avons pas réussi à mettre en œuvre l'implémentation au niveau du quartier.

Dans cette analyse, qui n'est pas facile - mais qui a intéressé l'ensemble des partenaires -, nous prenons en compte que l'effet va venir modifier le contexte, qui va lui-même modifier la logique d'action et l'implémentation. Cela paraît compliqué de raisonner comme cela, mais je crois qu'il faut mettre en œuvre cette démarche pour répondre au souci d'évaluation sur lequel nous n'avancions pas depuis des années. De plus, il se passe effectivement beaucoup de choses en France, mais ce n'est pas transférable. Voilà le travail que nous menons avec l'Atelier santé ville des quartiers nord de Toulouse. Nous tentons de définir le contexte, les logiques d'action et les effets qui pourraient être évalués.

Les dernières recommandations faites il y a quelques années indiquaient que la recherche avait un grand rôle à jouer à condition d'être interdisciplinaire - ce qui n'est pas facile : rien dans la structuration de la recherche aujourd'hui ne facilite cette interdisciplinarité. Il était recommandé de développer les méthodes d'évaluation des interventions. On dit parfois qu'en France, nous sommes en retard. Ce n'est pas si vrai que cela. Quand on regarde au niveau international, la recherche interventionnelle sur la santé des populations est en train de se développer, nous n'avons pas beaucoup d'années de retard. Par contre, une des conditions importantes serait d'éviter la distance qui existe aujourd'hui entre les chercheurs et les acteurs. Si nous voulons développer la recherche interventionnelle en population, il faut impérativement lancer des interventions et travailler en commun, ce qui serait un changement culturel dans notre pays. Je vous remercie.

[Echanges avec la salle

Pierre LOMBRIL, *Animateur de la table ronde, SFSP*
Je remercie en notre nom à tous les intervenants de cette table ronde qui, évidemment, n'ont pas respecté les horaires, mais il nous reste un peu de temps pour échanger. La parole est à la salle pour poser des questions à nos éminents intervenants ou pour des témoignages qui font écho à ce qui a été présenté.

Sylvette RONQUE, *Coordinatrice ASV, Communauté urbaine de Cherbourg*
J'ai une question pour Mme JUSOT. Nous avons travaillé la question du renoncement aux soins dans le cadre de l'Atelier santé ville et j'avais lu la littérature sur le sujet notamment un bulletin du BEH⁴ qui remettait en cause l'idée que le renoncement aux soins était très souvent lié à des questions financières. Or, dans votre présentation, vous l'avez posé comme étant une évidence.

Florence JUSOT, *Professeur de sciences économiques, Université de Rouen et Chercheur associé à l'Irdes*
Je suis d'accord avec vous, il n'y a pas que des raisons financières qui expliquent ce renoncement. Nos travaux montrent qu'il y a d'autres types de barrières qui peuvent être culturelles ou le renoncement refus : ce sont des personnes confrontées à des difficultés financières, des difficultés de santé qui amènent des difficultés de déplacement, cela se conjugue aussi avec le social, le rapport au système de soins, le rapport au passé qui peut s'expliquer par un manque de confiance envers les professionnels de santé. Néanmoins, lorsqu'on fait des analyses, la première chose

qui ressort de manière nette est le renoncement financier aux soins, avec des considérations budgétaires et économiques. Quand on parle des inégalités sociales de santé, on a longtemps dit que ce n'était pas uniquement une question d'accès financier aux soins, mais aujourd'hui il faut aussi repenser à ce problème qui est un préalable nécessaire.

Thierry LANG, *Président du groupe de travail « Inégalités sociales de santé », HCSP*
C'est une condition nécessaire, mais pas suffisante. Les deux parties ont raison. Dans tous ces modèles réalisés par l'Irdes ou dans nos études, ces obstacles sont cumulatifs. L'obstacle financier est très important même en termes de force, de fraction attribuable, et en même temps, si on ajuste le revenu et la couverture maladie, il reste une foule d'autres facteurs non moins importants en termes de force d'association et qui décrivent des gradients. Nous savons tous que parmi les gens qui ont une tranche de revenus identiques et la CMU, on trouve d'autres facteurs et des inégalités sociales de santé.

Catherine RICHARD, *Chargée de mission santé, DRJSCS Ile-de-France*
Je vous remercie pour cette table ronde. Je retiens votre observation concernant le manque d'évaluation au niveau national. Les moyens n'ont pas été donnés pour qu'il y ait une recherche digne de ce nom, multidisciplinaire. Mais monsieur LANG disait que c'était difficile, que les choses étaient en cours de construction, d'où l'intérêt de vous entendre et de voir comment nous pourrions travailler cela avec la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville. C'est un bel outil pour cela, d'autant plus qu'il y aura capitalisation, car nous avons engrangé beaucoup

⁴ Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire de l'Institut national de Veille Sanitaire (InVS).

d'informations méconnues, non valorisées par des évaluations de pratiques. Ma question concernait la création de réflexion et d'ouverture, la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville vous permettant avec le nombre de sites adhérents et avec les remontées que l'on peut avoir, afin de faire ce travail ensemble.

Thierry LANG, Président du groupe de travail « Inégalités sociales de santé », HCSP

Bien sûr, on dit qu'il faut évaluer, mais aujourd'hui, on ne sait pas faire. Il y a une évaluation comptable d'un côté, qui consiste à compter les participants, et de l'autre une évaluation savante basée sur l'essai expérimental randomisé et nous voyons bien que rien ne fonctionne vraiment. Il y a tout un courant de recherche qui vise à réfléchir à un cadre conceptuel de l'évaluation, qui utilise des méthodes à la fois quantitatives et qualitatives. J'entendais parler ce matin des contrats locaux de santé. Le groupe AAPRISS a participé à l'évaluation de la mise en place des contrats locaux de santé. Ce qui viendrait à l'esprit d'un épidémiologiste serait de mettre un indicateur avant, un indicateur après, puis de voir si ça marche. C'est évidemment une démarche limitée. Les chercheurs qui travaillent sur ce sujet font de la sociologie politique. Quand ces contrats locaux de santé vont être signés, il va y avoir des jeux d'acteurs, des représentations de la santé, des jeux politiques, et dans un premier temps, c'est ça qui est intéressant. Il faut travailler tout cela. On n'a pas tellement de pistes sinon celle de l'interdisciplinarité, mais qui est la piste longue en la matière, parce qu'il faut apprendre à se parler. Les gens qui font de la sociologie politique n'évaluent pas les programmes comme les épidémiologistes. Souvent les termes employés veulent dire exactement l'inverse de ceux qu'on utilise en santé publique.

Il y a réellement un travail à faire, et ce travail – je l'ai dit, mais je le redis – ne se fera pas sans une participation entre chercheurs et acteurs. Il y a des initiatives qui se prennent - Pierre LOMBRIL ne dira pas le contraire - puisque nous essayons actuellement de rapprocher quelques équipes de recherche qui s'engagent dans la recherche interventionnelle et des acteurs pour avancer dans cette direction.

Pierre LOMBRIL, Animateur de la table ronde, SFSP
Le diagnostic est partagé.

Mathieu FORTIN, Coordinonateur santé, Villeurbanne

Pour appuyer l'intervention de Catherine RICHARD, je pense que cela peut être effectivement le rôle de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville d'identifier les équipes de recherche en France, parce qu'il y a une méconnaissance des équipes ASV du monde de la recherche et inversement. Nous, sur Villeurbanne, par un pur hasard,

nous avons pu nous mettre en lien avec l'université Lyon 3 sur une approche sociologique et géographique de la santé et nous avons un projet d'étude d'impact en santé sur un quartier Cucs sur un projet d'aménagement urbain. Mais je dirais que la rencontre entre les équipes s'est faite complètement par hasard, ce qui peut être une plus-value au niveau de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville.

Muriel PRUDA, Directrice de la PMI de l'Essonne

Je voulais vous poser une question sur l'évaluation des inégalités sociales et de l'accès à la santé. On a quand même en France le système de la PMI qui a plus de 60 ans, avec un accès gratuit, qui a été renforcé par les centres de planification familiale dans les années 70, d'accès gratuit également. Je pense que nous souffrons quand même du manque d'évaluations sur l'impact de ce dispositif qui est actuellement très réinterrogé parce que les difficultés financières des collectivités locales font qu'à un moment donné, elles se posent la question de continuer ou pas. Je voulais savoir s'il y avait un certain de nombre de données, si vous aviez des éléments d'évaluation sur cet impact-là puisque nous sommes sur des centres gratuits, souvent situés dans les quartiers et sur un public plutôt vulnérable puisqu'il s'agit des mères, des enfants et des femmes. D'ailleurs, votre étude sur les frottis m'a interpellée. Je me suis même posé la question de savoir si vous aviez intégré les centres de planification dans votre étude, parce que vous étiez en région parisienne, en petite couronne, où il y a énormément de centres, et où cela pourrait aussi avoir un impact.

Pierre CHAUVIN, Directeur de recherche en épidémiologie sociale, Inserm

Oui, nous les avons d'abord intégrés, ensuite nous les avons retirés parce que cela ne changeait pas beaucoup les résultats. Moi, cela m'évoque des chiffres que nous avons dans nos enquêtes et que nous devons pouvoir trouver dans des enquêtes assez micro-locales. Pour répondre à votre souci d'évaluation, de plaider pour les PMI, nous avons des chiffres qui montrent de façon descriptive la place de la PMI dans le recours aux soins et qui sont assez parlants. Je ne dis pas que ces chiffres sont tous très bien publiés, mais votre question m'évoque cela. Pour les PMI nous ferons du « avant, après », des descriptions un peu fines. J'ai en tête quelques travaux assez descriptifs dans des quartiers, des descriptions assez fines des recours aux soins et des types de structures fréquentées. Il apparaît très clairement qu'il y a des groupes sociaux dans lesquels la PMI est un recours très privilégié et que, si elle n'existait pas, on ne sait pas très bien ce qui pourrait se passer.

Annie CORBIAT, Responsable Praps, ARS de Franche-Comté

J'ai quelques interrogations parce qu'il me semblait qu'on était en train de revoir le contour, enfin les quartiers prioritaires. Je sais qu'on me pose des questions par rapport aux quartiers, questions qui viennent de la préfecture. Vous avez parlé de l'évaluation, moi je suis complètement dans l'incapacité de dire quelles pathologies dans quels quartiers, etc. Ma question est la suivante : on commence à s'intéresser aux Ateliers santé ville, à en parler, à faire quelque chose autour. J'ai vraiment peur – pourtant je suis à l'agence régionale de santé – que l'année prochaine on ait travaillé sur un Atelier santé ville qui ait concerné six quartiers et qu'en 2014 j'aie deux quartiers sur mes six qui se retrouvent sous le doux terme de « veilles ». Et moi, qu'est-ce que je fais, là ? Je crée des inégalités sociales parce que, de l'autre côté du trottoir, je laisse en panne ces habitants-là. Et là j'ai peur. Ce n'est peut-être pas politiquement correct, mais je voulais le dire et poser la question.

Pierre LOMBRIL, Animateur de la table ronde, SFSP
Merci, Madame, de ce témoignage qui rejoint bien des interrogations partagées.

Nathalie CHRISTOL-JEGOU, Coordinatrice ASV, Montreuil

Je trouve la proposition de rapprochement des acteurs de terrain et des chercheurs très intéressante, d'autant que sur l'évaluation – c'est une réflexion personnelle que j'ai en tête depuis quelques semaines – les coordinateurs ASV sont en position quelquefois de coordinateurs des contrats locaux de santé (CLS). Quand on a élaboré les CLS de préfiguration, nous avons élaboré des fiches action avec énormément d'indicateurs d'évaluation. Nous avons l'enjeu de la clause de revoyure, puisque nous allons signer des CLS pour 5 ans prochainement. Parmi tous ces indicateurs d'évaluation mentionnés au début de la signature des CLS en élaborant les fiches action, est-on en capacité de tous les renseigner ou sous quelles conditions pouvons-nous les renseigner ? Est-ce que ces indicateurs sont tous du ressort de la collectivité territoriale ou est-ce qu'il faut mettre des conditions éventuellement d'enquête ? Comment évalue-t-on tous ces indicateurs et est-on en capacité de tous les renseigner avec ce que ça peut impliquer aussi derrière si on ne peut pas les renseigner correctement ? C'était juste une réflexion. Je me disais que le rapprochement me semblait aussi pouvoir être intéressant de ce point de vue, parmi tous les CLS qui ont été élaborés, de voir ce qui a été inscrit comme indicateur pertinent et contextuel.

Pierre LOMBRIL, Animateur de la table ronde, SFSP
Je vais laisser mes petits camarades répondre. Enfin, vous savez qu'on met sous « indicateur » des choses assez

diverses : on confond suivi et évaluation, on confond assez volontiers procédures et résultats, il y a beaucoup de ménage à faire. Cela vous rappelle peut-être des choses à propos d'une loi de santé publique, quand on a regardé l'évaluabilité des indicateurs. Relisons l'expérience de la loi de santé publique et des cent objectifs et de ces indicateurs, et cela nous mettra relativement à l'aise. Mais il y a un vrai travail à faire, et ce n'est pas forcément les chercheurs qui auront toujours la réponse, même si évidemment, il faut faire la jonction.

François DUFOUR, Coordinateur promotion de la santé, Communauté d'agglomération de Rouen, Elbeuf, Sainte-Austreberthe

Je souhaitais intervenir parce qu'il y a dans votre discours à tous des choses qui m'ont heurté – je suis un peu caricatural – notamment quand vous expliquez qu'il y a peu ou pas d'évaluations sur l'impact des Ateliers santé ville. Je pense que c'est faux, cela dépend du point de vue dans lequel on se place. On peut peut-être dire – et vous avez tout à fait raison – qu'il y a peu d'évaluations de l'impact des Ateliers santé ville sur les inégalités sociales et territoriales de santé. C'est le sujet de cet après-midi. Par contre, les Ateliers santé ville sont énormément évalués de mon point de vue. Pourquoi ? Parce que tous les Ateliers santé ville reposent sur un fonctionnement, sur un cycle, une démarche projet cyclique, où on part d'un diagnostic partagé pour élaborer un plan local de santé qui doit être évalué. Le principe de fonctionnement d'un Atelier santé ville est de produire quelque chose qui va être évalué. Et dans la plupart des Ateliers santé ville, notamment les plus anciens, il y a des démarches d'évaluation mises en place de manière très régulière. De plus, les Ateliers santé ville ayant plusieurs financeurs, ils sont scrutés par plusieurs financeurs, par les différents organismes qui le composent, par les élus locaux. C'est un dispositif qui est extrêmement observé et qui fait l'objet d'évaluations régulières de plusieurs entités différentes. On ne peut pas dire que les Ateliers santé ville ne sont pas évalués, il faut faire attention. Mais je maintiens qu'effectivement, la vraie question est : quel est l'impact des Ateliers santé ville sur les inégalités sociales et territoriales de santé ? sachant qu'il y a beaucoup d'évaluations d'impact des Ateliers santé ville sur le fonctionnement des acteurs en termes de coordination, en termes d'appui des équipes de coordination en soutien méthodologique aux différents acteurs.

Actuellement - juste pour donner un exemple pour finir ma prise de parole - des évaluations sont faites par Atelier santé ville ou par groupe d'Ateliers santé ville. Actuellement, l'Agence régionale de santé de Haute-Normandie a commandé une évaluation de l'impact des Ateliers santé ville de toute la région Haute-Normandie. Il s'agit de porter un

regard sur l'impact de ces Ateliers santé ville et autres réseaux locaux de promotion de la santé sur, bien évidemment le fonctionnement des acteurs, l'impact que ça a sur chacun des territoires en termes de mise en synergie des acteurs, mais aussi pour savoir quelles sont les thématiques traitées par ces collectifs. Est-ce qu'on traite vraiment les thématiques qui apparaissent comme prioritaires au niveau local ou régional ? Est-ce qu'on touche les publics qui apparaissent comme prioritaires au niveau local ou régional ? Ce n'est déjà pas rien. Savoir si nous sommes dans un fonctionnement correct ou pas, ce serait déjà une bonne chose. Après, savoir si on a un impact à moyen et long terme sur les inégalités sociales et territoriales de santé serait encore mieux.

Pierre LOMBRAIL, *Animateur de la table ronde, SFSP*
L'objet n'était pas de vous choquer, bien évidemment, mais on reste avec une question entière. Les Ateliers santé ville font l'objet d'évaluations de leur fonctionnement très régulières, voire tatillonnes, et par plusieurs acteurs qui ne coordonnent pas leurs demandes. Il y a de quoi vous irriter un tout petit peu. La question qui va quand même se poser est redoutable, c'est une question cette fois de recherche. Quel est l'impact sur la santé ? L'impact auprès des professionnels ? Je commence par demander quel impact sur la santé – oui ma chère Florence – avant de demander quel impact sur les inégalités sociales et/ou territoriales de santé. Vous avez vous-même replacé la question sur ce terrain-là. C'est une question de recherche et d'horizons temporels formidablement compliquée. La question n'est pas de vous demander de faire des preuves année n+1 de ce qui ne pourra bouger qu'à n+10. Mais la question à laquelle nous devons réfléchir ensemble, que la société se pose légitimement, est : quels sont les indicateurs intermédiaires dont on pourrait se doter, vous et nous, pour savoir si effectivement nous allons dans le bon sens ? Il y a, encore une fois, un vrai travail à faire ensemble. Voilà, si nous avons laissé penser que vous faisiez n'importe quoi, ce n'était pas notre intention. Si nous avons laissé penser que l'action n'était pas évaluée, nous nous sommes peut-être mal exprimés et vous avez raison de le souligner.

Florence JUSOT, *Professeur de sciences économiques, Université de Rouen et Chercheur associé à l'Irdes*
Au-delà du fait qu'il existe des formes d'évaluations diverses et variées localement, il n'y a pas de capitalisation. Un nouvel Atelier santé ville qui se lancerait ou un collègue par exemple belge qui se demanderait ce qu'il peut faire chez lui pour faire de la promotion de la santé au niveau des quartiers ne pourrait pas transférer le principe. C'est ce qu'expliquait tout à l'heure Thierry LANG, il n'y a pas de capitalisation de ces expériences.

Didier FEBVREL, *Médecin territorial de santé publique, HCSP*

Je pense que la question de piocher, de recueillir l'ensemble des évaluations faites dans les 274 Ateliers santé ville, action par action, est une limite de l'avis du Haut Conseil de la santé publique. On ne l'a pas fait. Dans mon propos, j'ai dit de façon assez rapide que je parlais des inégalités de santé, mais nous avons un chapitre de l'avis qui va sortir sur l'évaluation qui précise qu'il y a des évaluations. La seule chose est qu'il faut les recueillir, les rassembler et voir. Des monographies sont à faire, d'autres existent.

Christine CESAR, *Sociologue, chargée d'expertise scientifique à l'Inpes*

Je reviens sur la question concernant la PMI pour rassurer Madame et lui dire que de nombreux Ateliers santé ville sont engagés dans des co-écritures de projets extrêmement ambitieux et très pertinents concernant la réduction des inégalités sociales de santé puisque nous savons – et c'est un des axes stratégiques rapportés par plusieurs groupes de travail représentés ici – qu'il est important d'agir sur la périnatalité et la petite enfance pour avoir des chances de succès, pour inverser le poids des déterminants sociaux de santé. Ces expériences ne sont peut-être pas assez évaluées, mais en tous les cas elles sont documentées au niveau des ASV pour améliorer l'accès au droit commun et universel que représente la PMI.

Chantal MANNONI, *Médecin de santé publique*

Je voulais revenir sur l'évaluation des ASV avec deux remarques. La première est que je pense qu'il y a un piège à ne faire le rapprochement des équipes de chercheurs et des ASV que sur les évaluations. Elles devraient intervenir au niveau des programmations pour mettre à disposition les connaissances qu'ont les chercheurs sur comment mailler une série d'actions sur un territoire pour que ça marche, puisque nous savons que ce sont les synergies d'actions qui vont faire la différence. Peut-être que cela peut s'organiser sur des sites pilotes avec la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville et évaluer les processus et aussi les effets adverses du manque de synergie qu'il y a avec les autres politiques. Nous mettons tout ça sous l'item de difficultés classiques, nous avons des listes à rallonge. Mais apprécier cela est important. L'autre point, pour terminer sur le même ton, est que nous n'en avons rien à foutre de ne pas évaluer le plan cancer, alors qu'on s'acharne à évaluer les Ateliers santé ville !

2^e Table Ronde

Besoin en santé des territoires prioritaires et pilotage partenarial : les effets d'une mobilisation des compétences territoriales

Animateur :

François HANNOYER, DAC communication

Intervenants :

> *L'approche départementale sur les questions de santé*

Yves TALHOUARN, Délégué général à l'Inspection des services, à la réforme des politiques publiques et à la santé, Conseil général du Val-de-Marne

> *La participation des représentants des usagers*

Michel SABOURET, Représentant des usagers, Collectif inter-associatif sur la santé Rhône-Alpes, Réseau Santé, ASV Lyon, Observatoire de la santé de Lyon

> *Le partenariat institutionnel régional : l'expérience d'une Agence régionale de santé*

Fabienne RABAU, Directrice de la santé publique et de l'offre médico-sociale de l'Agence régionale de santé d'Aquitaine

> *Les champs de compétences des Préfets délégués à l'égalité des chances*

Pascal JOLY, Préfet délégué pour l'égalité des chances auprès du Préfet de la région Nord-Pas-de-Calais

Olivier ROVERE, Président de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville

Nous allons commencer cette deuxième et dernière table ronde de cette première journée consacrée aux besoins en santé des territoires, au pilotage et aux compétences des différents partenaires autour des projets de santé. Pour animer cette table ronde, M. François HANNOYER de Dialogue, Animation, Concertation, Communication, qui a la lourde tâche à la fois de respecter les horaires et de faire circuler la parole.

François HANNOYER, Animateur de la table ronde

Cette table ronde est intitulée : « *Besoins en santé des territoires prioritaires et pilotage partenarial : les effets d'une mobilisation des compétences territoriales* ». L'objectif que vous partagez, Madame et Messieurs les intervenants, est d'être au plus près possible de l'illustration de ces expériences de mobilisation des potentialités. Nous allons tâcher de parler de projets pilotes, d'expérimentations, de démarches innovantes. La table ronde va se passer de la façon suivante : les intervenants vont s'exprimer d'abord chacun en tour de table et ensuite entre eux. Puis, nous dialoguerons avec la salle à partir de vos interventions. Les intervenants auront enfin un dernier temps pour la conclusion.

Laissez-moi vous présenter ces intervenants. Fabienne RABAU, vous êtes directrice santé publique à l'ARS d'Aquitaine. Michel SABOURET à vos côtés, vous êtes représentant des usagers en Rhône-Alpes et membre d'un Atelier santé ville à Lyon. Yves TALHOUARN, vous êtes délégué général à l'inspection des services à la réforme des collectivités publiques et à la santé au Conseil général du Val-de-Marne - vous nous expliquerez cette tâche, avec un nom à rallonge. Pascal JOLY, vous êtes préfet délégué à l'égalité des chances auprès du préfet de région du Nord-Pas-de-Calais. Je voudrais excuser aussi Ladislav POLSKY, conseiller régional PACA, qui n'a pas pu se déplacer parce qu'il attend la visite prochaine de la ministre de la Santé et prépare cette visite avec les services impactés. Je dois excuser aussi Bernadette DE VICTOR, présidente de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie en Rhône-Alpes, la CRSA, et de la CNSA, la conférence nationale, qui n'est pas servie par la régularité des transports publics et qui a été dans l'impossibilité de nous rejoindre.

> L'approche départementale sur les questions de santé

Nous allons commencer avec Yves TALHOUARN, si vous voulez bien. Six CLS ont été finalisés en Val-de-Marne ces derniers mois. Vous dites que pour rendre compte de la diversité sociale, socio-économique d'un territoire, il est indispensable d'avoir une approche infra-communale : vous allez nous expliquer pourquoi. Est-ce que cette approche infra-communale au plus près des quartiers de vie est contradictoire avec une approche globale, régionale des politiques publiques de santé ? Ne s'agit-il pas d'atomiser cette action publique? Est-ce que cela oblige à organiser un lien entre l'infra-communal et le régional ? Comment cela se passe-t-il ?

Yves TALHOUARN, *Délégué général, Conseil général du Val-de-Marne*

Je travaille au Conseil général du Val-de-Marne. Sur la carte qui a été présentée tout à l'heure, le Val-de-Marne est au sud-est. Je dirige une toute petite entité qui regroupe l'inspection des services, l'évolution des politiques publiques – j'ai beaucoup travaillé hier soir suite au Conseil des ministres d'hier sur la réforme territoriale, puisque c'est mon métier principal – et j'ai très longtemps été directeur général adjoint en charge de l'action sociale et de l'enfance au Conseil général. Dans une vie antérieure, je travaillais à la Direction générale de la santé (DGS), chargé du bureau de la recherche. Voilà pour préciser un peu mon parcours professionnel.

L'intervention que je fais aujourd'hui se fonde sur une approche départementale que j'ai en tant que responsable des questions de santé pour l'administration départementale sur l'ensemble du territoire du Val-de-Marne. C'est un département important du point de vue de la santé, le deuxième département hospitalier de France. Je m'appuie également sur une pratique concrète que je viens d'avoir suite à ma participation au comité de pilotage du contrat local de santé de Créteil. La maire-adjointe de Créteil chargée de la santé qui est par ailleurs vice-présidente du Conseil général, chargée des personnes âgées et des personnes handicapées me l'avait demandé et cela m'a permis d'avoir une action tout à fait concrète de terrain et d'approfondissement des problématiques de territoires.

Je pars d'un constat. Beaucoup de régions et de territoires sont présents, mais il y a une spécificité de l'Île-de-France - sur laquelle j'insiste beaucoup - qui est que c'est la région la plus riche d'Europe : la 8e puissance économique de l'Europe des 27 avec un PIB qui avoisine les 550 milliards d'euros, ce qui fait qu'on représente à peu près deux fois le Portugal en termes de puissance économique. Mais c'est aussi la région de France qui est la plus marquée par les inégalités sociales et donc de santé. Je crois que c'est de ce point de vue que se situe la problématique qu'on doit traiter collectivement avec ces spécificités. J'ose ajouter d'ailleurs que si l'on pense que les seules actions de santé vont permettre de corriger les inégalités, on se trompe. C'est par une conjonction des différentes politiques publiques qui ont à voir avec la santé que l'on pourra combattre ce paradoxe que connaît spécifiquement l'Île-de-France. Ce premier point est un constat très important quand on connaît la réalité sociale du territoire qui est le nôtre et la spécificité que connaît la petite couronne de l'Île-de-France avec des départements extrêmement denses sur le plan urbain. Pour vous donner un chiffre, le Val-de-Marne représente 245 km² - cela fait 15,2 sur 15,2 km - soit presque la superficie de la ville de Marseille. La densité de territoire permet des choses que l'on ne peut pas forcément faire sur des territoires beaucoup plus étendus, je pense aux collègues du Conseil général de la Seine-et-Marne qui n'ont pas du tout la même problématique en termes d'action de politique publique ou même les collègues de l'Essonne. L'expérience que j'ai vécue au titre du CLS de Créteil est la nécessité de prendre en compte la grande diversité du territoire. Nous sommes dans une spécificité où d'abord il y a une très grande diversité, entre les villes - Vincennes n'est pas Vitry, n'est pas Valenton - et au sein même des villes – j'habite Champigny – il n'y a rien à voir entre les bords de Marne et le Bois l'Abbé. Cet aspect me semble devoir être pris de manière importante si on veut prendre en compte les problématiques d'inégalités sociales de territoires. Cela rejoint d'ailleurs l'analyse qui a été faite par Pierre CHAUVIN tout à l'heure.

La cohérence des politiques publiques est effectivement la question. L'approche micro me semble absolument nécessaire en termes de veille et d'alerte. Nous avons besoin pour agir efficacement, d'avoir à l'échelon du quartier une approche qui associe l'ensemble des acteurs qui s'occupe de la santé et pas seulement les spécialistes de la santé. Je pense au rôle des veilleurs sociaux, je pense bien sûr au rôle des services sociaux du Conseil général, des services sociaux des communes. Je pense au rôle de la médecine libérale avec la fonction spécifique qu'elle a en termes de veille. Je parle de territoire dont je prends la définition de Michel DINET, président du Conseil général de Meurthe-et-Moselle, pour qui le territoire est l'entité géographique sur laquelle les gens sont capables de construire un projet commun. Je pense que c'est une bonne définition, ce n'est pas une approche géographique, mais politique au sens vrai du terme du territoire. C'est à partir de ce travail de veille, d'analyse et d'alerte que nous serons beaucoup plus efficaces. C'est l'expérience que j'ai eue au travers du CLS de Créteil

pour mobiliser les acteurs, y compris les usagers, qui sont un élément extrêmement important en termes de santé communautaire et dont on a absolument besoin. Je pars de ce constat et c'est ensuite aux politiques, aux différentes institutions qui ont à voir, chacune avec leur pouvoir-faire et leur savoir-faire de se coordonner. Si nous ne partons pas de ce constat, je pense que nous risquons de « nous planter » d'autant plus que nous sommes dans une logique qui est très planificatrice d'en haut. Ce n'est pas un reproche à la création des ARS, mais on est dans une approche où la planification vient d'en haut et ne peut pas prendre en compte les spécificités de chacun des territoires. Nous étions en réunion de la CRSA il y a 15 jours, sur le futur schéma dit de « démocratie sanitaire » présenté par l'ARS qui ne prend absolument pas en compte les pratiques de santé qui se sont développées sur chacun des territoires, sur le terrain. Si c'est cela la démocratie sanitaire, je pense qu'il y a des choses à changer.

François HANNOYER, *Animateur de la table ronde*

Comment peut-on faire remonter ces informations du local ? Est-ce qu'il y a des freins ? Voyez-vous des barrières à lever ?

Yves TALHOUARN, *Délégué général, Conseil général du Val-de-Marne*

Non, je ne vois pas de freins, je pense qu'il faut qu'on dépasse des logiques de tuyaux d'orgue que l'on a trop souvent constituées sur les politiques de santé. Nous avons besoin sans doute d'avoir une approche qui coordonne mieux les différentes politiques publiques en termes d'impact de santé comme on l'a évoqué tout à l'heure. N'oublions pas non plus que la santé est une activité économique extrêmement importante. On n'est pas dans une logique de coûts uniquement, la santé, chez moi, est le premier facteur de développement du territoire du Val-de-Marne, avec un nombre d'activités extrêmement importantes et très diversifiées en liant la recherche clinique, la recherche fondamentale, etc. Ayons cette approche qui - je pense - nous permettra de dépasser les difficultés dans lesquelles on se trouve à l'heure actuelle.

François HANNOYER, *Animateur de la table ronde*

Entre les collectivités locales par exemple et l'ARS, le dialogue fonctionne ? Les collectivités locales reconnaissent le travail de l'ARS ?

Yves TALHOUARN, *Délégué général, Conseil général du Val-de-Marne*

Je suis en train de « sécher » la Conférence de territoire qui se déroule en ce moment à Arcueil, dans mon département, qui a été montée main dans la main avec l'agence régionale de santé et sa délégation. On a pris un exemple tout fait concret : on fait « plancher » la Conférence de territoire sur le contrat de développement territorial qui existe sur le Val-de-Bièvre. C'est la vallée scientifique de la Bièvre sur lequel se trouve un certain nombre de problématiques de santé avec l'implantation d'équipements hospitaliers importants – je pense à l'institut Gustave Roussy –, mais également du fait de la loi Grand Paris 2010, un développement démographique extrêmement important sur l'ensemble des contrats de développement territorial - ce qui est une spécificité d'Ile-de-France - avec des besoins en santé liés à ce développement démographique considérable. Une ville comme Vitry comptera 45 000 habitants de plus pour vous donner un chiffre.

C'est un enjeu extrêmement important en termes de réponses des besoins à court et moyen terme avec – quelqu'un le soulignait tout à l'heure – une grave problématique en termes de démographie des professions de santé. Alors nous ne connaissons pas les déserts médicaux que connaît une certaine partie de la France, mais le vieillissement de la pyramide des âges des professions de santé sur l'Ile-de-France – je pense Lionel ne démentira pas – nous inquiète fortement. C'est le constat qui apparaît très clairement dans le projet régional de santé. Nous avons vraiment besoin de travailler cet ensemble de questions.

François HANNOYER, *Animateur de la table ronde*

De l'inspection des services, comment cette culture de la remontée ascendante des informations peut-elle impacter, se diffuser au sein d'une organisation comme celle d'un département ?

Yves TALHOUARN, *Délégué général, Conseil général du Val-de-Marne*

Il n'y a pas de gros problèmes dans la mesure où la transversalité entre les différentes directions - qui ne sont pas d'ailleurs des directions directement concernées par la santé (mais sur les problématiques d'habitat, d'aménagement du territoire, de voirie, d'assainissement puisque la nappe phréatique affleure sur un tiers du territoire) est un véritable enjeu de santé publique. Je n'ai pas d'inquiétude au sein des services même s'il y a des logiques qui continuent à se développer – je vois Laurent EL GHOZI qui hoche la tête. Je suis quand même directement rattaché à la direction générale pour assurer cette fonction. Ensuite, au niveau des autres instances, coopération avec l'ARS, présence à la CRSA, contribution de notre collectivité

au projet régional de santé (PRS), tout cela a été fait. Un rapport a été adopté à l'unanimité par l'assemblée départementale au mois de novembre qui formulait un avis sur le PRS, très largement diffusé auprès des acteurs de santé du Conseil général.

François HANNOYER, *Animateur de la table ronde*

Concrètement, cela veut dire que vous pouvez trouver les moyens d'un diagnostic partagé, comme nous disions lors de la précédente table ronde, d'un dispositif d'évaluation partagé par différents métiers sociaux, socioculturels, socio-éducatifs, santé.

Yves TALHOUARN, *Délégué général, Conseil général du Val-de-Marne*

Hormis la PMI, nous n'avons pas de compétences particulières dans le champ de la santé. Mais pratiquement tous nos métiers sont en relation directe avec des problématiques de santé que ce soit l'aide sociale à l'enfance, l'insertion, la gérontologie, la politique en faveur des personnes handicapées. Nous sommes au carrefour de toutes ces politiques qui sont en lien avec les problématiques de santé.

François HANNOYER, *Animateur de la table ronde*

La santé sert de point commun pour aller interpeler les autres politiques publiques ?

Yves TALHOUARN, *Délégué général, Conseil général du Val-de-Marne*

C'est en tout cas un facteur d'articulation très forte avec les communes. Nous avons su créer dans ce département une action conjointe via l'association des maires du Val-de-Marne. C'est plus facile parce que nous avons moins de maires (47) que de conseillers généraux (49) dans notre département, ce qui est atypique. L'articulation avec chacune des communes se fait de manière très efficace. Nous avons par exemple organisé la semaine dernière un colloque conjointement avec l'AMF, l'association des maires du Val-de-Marne, sur le thème « Venez exercer en Val-de-Marne » co-organisé avec les Unions régionales des professionnels de santé (URPS), le Conseil départemental de l'ordre des médecins et la délégation territoriale de l'ARS. Ce type d'initiative se fait tout à fait naturellement, car ma collectivité a pour objectif d'être un facilitateur en termes d'actions. Le Département a une légitimité naturelle sur cette problématique.

François HANNOYER, *Animateur de la table ronde*

Dites-nous un mot sur ce dispositif que je trouve très bien, dommage qu'il soit au pluriel. Il est écrit : « les DG ont la santé », vous faites cela avec le Centre national de la fonction publique territoriale ?

Yves TALHOUARN, *Délégué général, Conseil général du Val-de-Marne*

Oui, Viviane BAYAD, responsable du secteur santé du Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT), est d'ailleurs dans la salle. L'idée que nous portons auprès du CNFPT est d'essayer de dépasser au niveau des collectivités territoriales – Départements, Régions, Communes et Intercommunalités - qui vont avoir de nouvelles compétences avec le projet de loi qui a été adopté hier en Conseil des ministres – les logiques de tuyaux d'orgue et d'impliquer les directions générales en tant que telles sur la prise en compte des problématiques de santé sous tous les aspects, y compris sur les aspects de développement économique, d'aménagement du territoire, etc. Nous menons cette action avec le CNFPT depuis deux ans. Je crois beaucoup, en tant que responsable de l'association des directeurs généraux des collectivités territoriales du Val-de-Marne à ce type d'initiative qui permet de dépasser la segmentation que l'on connaît au sein de nos administrations.

> La participation des représentants des usagers

François HANNOYER, *Animateur de la table ronde*

Michel SABOURET, nous disions tout à l'heure que vous étiez « l'usager dans la bergerie ». En démocratie de santé comme en démocratie participative, on dit souvent « expertise d'usage » dont on a l'impression que c'est un mot valise. Pouvez-vous nous dire concrètement à travers votre expérience de représentant des usagers comment un usager peut participer à un diagnostic territorial ? Peut-il améliorer les relations entre les différentes institutions ? Peut-il mettre en valeur cet échange de compétences dont nous parlons autour de cette table ?

Michel SABOURET, *Représentant des usagers, Collectif inter-associatif sur la santé (Ciss) Rhône-Alpes, Réseau Santé, ASV Lyon, Observatoire de la santé de Lyon*

J'avoue tout d'abord que mon intervention a été fortement modifiée par ce que j'ai entendu ce matin. En liminaire, vous avez présenté le loup dans la bergerie. Le loup a eu les dents bien élimées parce qu'il a trouvé beaucoup d'intérêt à travailler au sein d'un ASV dans le centre de Lyon au titre d'une association d'entraide et du Ciss. Si j'ai rejoint cette association, c'est en partie parce que je suis représentant des usagers au sein de plusieurs hôpitaux de Lyon et que j'ai peut-être senti que le problème pour ces populations éloignées du soin se trouvait dans cette articulation et qu'il y avait une initiative intéressante dans l'arrondissement, les ASV. Je me suis demandé ce matin ce que j'apportais de plus que les professionnels des ASV. Parce qu'ils ont les mêmes préoccupations que les miennes en tant qu'utilisateur. Je reviens sur cette notion d'utilisateur parce qu'elle est importante.

Ce matin, j'ai entendu beaucoup de terminologies, ce qui veut dire qu'en fait on ne sait pas bien nommer cet objet. Il a été dit : participation des habitants, participation citoyenne, habitants moteurs de la démarche, parcours de santé en respect des responsabilités de chacun, associations, populations, usagers. En parallèle, j'ai entendu qu'il y avait divers projets – je ne reparlerai pas non plus du plan cancer – qui me gênent. Pourquoi ? Parce que l'utilisateur est quelqu'un que l'on découpe en fonction de plans, de sa profession, de l'endroit dans lequel on se trouve. Les ASV sont extrêmement intéressants de par ce travail en réseau, mais là aussi, au sein de ce réseau, chacun a ses contraintes. Sauf un peut-être : l'utilisateur. Quelle est la légitimité de l'utilisateur ? Je ne la sens pas encore très bien. Je la sens très bien dans le cadre de l'hôpital, dans le cadre du système de santé, parce qu'il y a les représentants des usagers, cela répond à un texte : j'ai une autorisation de l'ARS quand j'interviens au sein d'un établissement. C'est reporté en particulier dans les CRUQPC, les Commissions régionales des usagers et de la qualité de la prise en charge. C'est reporté, cela peut être lu par les instances, c'est reporté en commission médicale d'établissement et cela a un vrai apport. Si nous, au sein de la CRUQPC, énonçons des recommandations, elles sont prises en compte dans le programme qualité. Dans les ASV, c'est vrai, on m'écoute. J'ai le sentiment que ma parole a autant de poids que celle des autres membres. Reste que les autres membres sont dans la vie active de la société et par conséquent, quand je me suis exprimé, je me dis qu'après tout c'est eux qui vont faire. Je me demande s'il n'y a pas un moment où il faudrait, à l'instar de ce que je connais dans le système de santé, qu'on puisse améliorer l'accès, l'égalité d'accès aux soins d'une part, et l'articulation vie-hôpital. L'hôpital n'est qu'un moment du parcours de santé. Entre temps on souffre.

Qui sont les usagers ? Qui sont les gens qui représentent les usagers ? Nous avons souvent des gens qui ont cessé leur activité ou/et des gens qui souffrent dans leur corps. Dans la première catégorie, nous retrouvons beaucoup d'anciens professionnels de la santé. Cela pose une question : pourquoi sont-ils là ? Peut-être parce qu'ils ont effectué toute leur fonction sans pouvoir aller plus loin ou aller jusqu'au bout de ce qu'ils auraient voulu. Ils ont peut-être là la possibilité d'apporter cette parole. Et ceux qui souffrent dans leur corps – au propre comme au figuré – ou leur vie sociale, peuvent l'exprimer, l'exprimer dans le cadre d'associations. Ils peuvent aussi l'exprimer à l'assistante sociale, la psychologue, mais avec une certaine crainte, un certain objectif. Et peut-être que les associations sont là pour déceler ceux qui ne peuvent exprimer les attentes au sein d'un secteur.

François HANNOYER, *Animateur de la table ronde*

Nous parlons de compétences. Quelles compétences avez-vous pour représenter les usagers ? Comment fabriquez-vous cette légitimité de représenter les usagers ?

Michel SABOURET, *Représentant des usagers, Ciss Rhône-Alpes, ASV Lyon*

Je vais me référer à la santé puisqu'à ma connaissance, il n'y en a pas dans le cadre de ce qui nous rassemble aujourd'hui. Tout d'abord, nous participons à une association, soit qui est reconnue au niveau national, soit qui passe par l'intermédiaire du Ciss, le Collectif Inter-associatif Sur la Santé. Nous avons une légitimité et c'est à ce titre que l'on peut s'exprimer. Je vais vous donner un exemple. J'avais en face de moi, il y a quelques années, un professeur en médecine qui était responsable de la ligue contre le cancer. On lui demandait quelle était sa légitimité pour représenter les patients atteints d'un cancer. Sa réponse a été immédiate, avec un grand sourire, il a répondu « je vais avoir un bon cancer et après je pourrai représenter légitimement les malades ». Je pose la question, qu'est-ce qui était le plus important dans ce cadre-là ? Qu'il soit un grand spécialiste en cancérologie ou qu'il soit le patient atteint du cancer ? C'est un peu caractéristique, c'est peut-être pour cela que je parlais tout à l'heure d'un plan. Au sein de la population, il y a aussi les politiques qui sont là et qui représentent cette population. Pourquoi pas. C'est une association d'entraide avec des gens isolés et je peux, au sein des travaux qui sont menés, apporter cette contribution – me semble-t-il.

François HANNOYER, *Animateur de la table ronde*

Vous êtes en dialogue – et on en terminera là – avec, d'un côté des professeurs, du personnel médical, et de l'autre des élus. Êtes-vous un médiateur, êtes-vous, comme vous disiez tout à l'heure, quelqu'un qui aide à ce que les compétences des uns et des autres s'agglomèrent et aillent vers l'action, la transformation de la gouvernance en matière de santé ?

Michel SABOURET, *Représentant des usagers, Ciss Rhône-Alpes, ASV Lyon*

Je répondrai de façon indirecte. Je suis en dialogue avec les politiques par l'intermédiaire du correspondant de l'ASV qui recueille nos paroles, dont celle de l'utilisateur, et lors des réunions annuelles ou bisannuelles, nous avons le résultat des travaux qui est présenté aux politiques. À ce moment-là, nous sommes présents, et s'il en est besoin, je peux intervenir à ce titre-là.

François HANNOYER, *Animateur de la table ronde*

Mais vous disiez tout à l'heure que vous aviez les dents de loup un peu élimées. Cela veut dire que vous êtes un allié, un empêqueur de tourner en rond, un agitateur, un emmerdeur, passez-moi l'expression ?

Michel SABOURET, *Représentant des usagers, Ciss Rhône-Alpes, ASV Lyon*

Si j'ai parlé des dents qui étaient élimées, c'était tout simplement parce que je sens mieux les difficultés rencontrées, et si je veux en faire fi pour l'utilisateur, je dois tenir compte des obligations. Est-ce que je suis l'emmerdeur ? Je n'en suis pas sûr, mais parfois je voudrais bien l'être. Quand je sens que chacun est content dans son rôle, par rapport à ce patient j'ai fait mon travail, c'est vrai. Mais est-ce que le patient a récupéré tout ce qu'il attendait et puis surtout, à quel moment et comment a-t-on pu écouter sa parole ? Nous sommes toujours avec les « sachants » qui parlent pour ceux qui sont l'objet. Le patient devrait être le sujet, il est encore bien souvent l'objet, mais ça, c'est un lieu commun maintenant. Reste à savoir comment on peut passer de l'un à l'autre.

François HANNOYER, *Animateur de la table ronde*

Ou à un mot-valise, que nous allons contribuer à essayer de chercher. Comment les patients peuvent-ils être des acteurs réellement dans ces politiques de santé ?

> Le partenariat institutionnel régional : l'expérience d'une Agence régionale de santé

Fabienne RABAU, vous êtes directrice de la santé publique à l'ARS Aquitaine. Votre préoccupation est la question de la coordination des interventions. Vous constatez que – et ça a déjà été dit par M. THALOUARN au début de cette table ronde – les déterminants sociaux sont en dehors des compétences de la santé. Comment peut-on les ré-interpeller dans une ARS, dans la coordination que peut susciter l'ARS dans une région ?

Fabienne RABAU, *Directrice de la santé publique et de l'offre médico-sociale de l'Agence régionale de santé d'Aquitaine*

Comme vous le savez, la loi HPST - qui a notamment créé des ARS - leur a donné un certain nombre de missions. Dans ces missions essentielles, il y a bien évidemment l'amélioration de l'état de santé de la population avec un focus particulier sur la prise en compte des inégalités sociales, territoriales, environnementales de santé. Les ARS ont une deuxième mission qui est la régulation du système de santé et une troisième mission qui est l'augmentation de sa performance.

Comment, quand on est chargé de mettre en œuvre au plan régional ces missions, peut-on y arriver sachant que, – comme cela a déjà été dit de nombreuses fois au cours de cette journée – l'état de santé, les déterminants de la santé sont bien au-delà du système de santé, du système de soins ? L'ARS a été créée pour fédérer des compétences qui ne l'étaient pas jusqu'à présent autour du système de santé en regroupant les institutions qui s'occupaient de prévention, de promotion de la santé, d'éducation pour la santé, mais aussi de soins ambulatoires, de soins hospitaliers et d'accompagnement médico-social. Même si le champ d'action de l'ARS est large, il ne comporte pas tous les champs d'intervention de la santé. Cela a été dit, la PMI relève des Conseils généraux, la santé au travail relève des Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte) et des Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat), et la santé à l'école et à l'université relève d'autres dispositifs, notamment du ministère de l'Éducation nationale. Nous voyons bien, si nous voulons interpeller le champ de la santé, que ce n'est pas l'ARS toute seule qui peut intervenir et qu'en quelque sorte, l'ARS est – je crois que c'est une chance – condamnée au partenariat. Ce partenariat est prévu de manière institutionnelle. Il avait été organisé par deux voies : une voie qui est celle de la démocratie sanitaire ce qui relève du macro-régional.

Dans chaque région, nous avons une conférence régionale de santé et de l'autonomie et ses commissions spécialisées, mais aussi, et c'est plus intéressant, des commissions de coordination des politiques publiques. Celles-ci rassemblent les principaux décideurs dans le champ de la santé, les services de l'État, les collectivités territoriales de tous niveaux, cela va du Conseil régional en passant par les Conseils généraux jusqu'à une représentation des communes ou de leur groupement, et puis bien sûr les organismes d'assurance maladie. Je voudrais témoigner ici aujourd'hui du fait que cette coordination des politiques a été prévue institutionnellement. Elle n'est pas si facile à mettre en œuvre, et si nous ne l'accompagnons pas d'actions spécifiques, ce n'est pas forcément au niveau de la commission de coordination des politiques publiques pilotées par l'ARS qu'on va beaucoup avancer. En Aquitaine – parce que je ne peux vous parler que de ce que je connais le mieux – on s'est dit qu'on ne pouvait pas négliger ce partenariat institutionnel régional. Nous en avons eu l'expérience avec la signature de conventions bilatérales avec la DRJSCS, avec la Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (Draaf), avec la Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (Dreal), et bientôt, nous l'espérons, avec le rectorat, puis avec les collectivités et s'ils le veulent, les organismes d'assurance maladie. Nous pourrions ainsi sécuriser cette cohérence des politiques publiques. Mais ce n'est qu'un aspect qui est toujours très macro et la question que nous nous posons est comment passer de cette coordination globale au bénéfice de la santé des populations à des actions au plus près des personnes sur le terrain.

La loi HPST a aussi donné un autre outil aux ARS – nous en avons déjà abondamment parlé ce matin – ce sont les contrats locaux de santé. L'expérience des ASV en Aquitaine est en train de nourrir notre politique de déploiement des CLS sur la région. Depuis 2008 nous bénéficions d'un partenariat institutionnel fort au niveau régional entre les services de l'État, la région, et l'ARS sur une mission d'appui qui est la mission « santé et territoire » qui s'adosse au centre de ressources qui chez nous n'est pas dédié uniquement à la politique de la ville, car il n'y a pas que des villes en Aquitaine. Je pense que de nombreux territoires français sont dans le même cas.

Cette capitalisation de l'action des ASV au travers de cet appui régional nous a ouvert pas mal de pistes, notamment en termes de méthode, parce qu'il s'agit du diagnostic partagé ou des plans locaux d'actions développés dans les ASV. Les acteurs avec l'appui des services de l'État et de l'ARS ont essayé de les valoriser et de dire que cela pouvait être des modalités d'approche des questions de santé dans les territoires ruraux. Ce n'était pas comme ça que cela avait été envisagé au départ. L'autre point d'appui important pour l'ARS dans cette expérience des ASV est, qu'au-delà de la méthode et des outils utilisés, on s'est rendu compte en regardant ce qui se passe sur les ASV, que ça pouvait nous inspirer fortement pour les CLS, à plusieurs points de vue.

Concernant les périmètres – je ne vais pas revenir sur les débats houleux de ce matin sur l'intégration des ASV dans le CLS et le risque que les CLS volent les moyens d'animation de l'ASV au bénéfice du contrat local de santé – la leçon qu'on peut tirer en Aquitaine est qu'en observant ce qui s'est passé dans les ASV, on se rend compte qu'ils sont des socles de propositions possibles dans le développement de notre politique de CLS sur plusieurs aspects, comme celui des thématiques traitées. En Aquitaine, ces questions ont porté sur l'accès aux soins de premier recours. Deux ASV de la rive droite de Bordeaux notamment ont fait des diagnostics intéressants ayant permis de faire émerger des carences dans l'accès à ces soins de premier recours sur ces deux territoires et cela a permis de faire émerger un projet, qui n'a pas encore vu le jour, d'un centre de santé porté par une polyclinique, dont le rayon d'action est plus large que celui des territoires des ASV. Le projet n'est pour le moment qu'au stade de l'étude de faisabilité, mais c'est extrêmement important parce qu'on voit comment le diagnostic dans le cas d'un ASV peut permettre d'infléchir la politique d'organisation des soins. Ce qui est encore plus intéressant, c'est que dans cette polyclinique, il y a une permanence d'accès aux soins de santé et que, d'ores et déjà, alors que le projet de centre de santé n'est pas développé, cette permanence des soins de santé est en train de revoir ses modalités de fonctionnement et d'ouverture sur l'environnement. Je crois que ça peut nous inspirer.

François HANNOYER, *Animateur de la table ronde*

Cela est dû au fait d'avoir confronté des compétences ?

Fabienne RABAU, *Directrice de la santé publique et de l'offre médico-sociale, ARS d'Aquitaine*

Oui tout à fait. S'il n'y avait pas eu, au niveau du diagnostic, cet échange pluri-partenarial qui donne une certaine place à la parole des habitants, je pense qu'on n'aurait pas obtenu ce résultat. C'est un premier exemple. Il y en a d'autres. Les thématiques traitées le plus souvent tournent autour de la santé mentale. Nous l'avons évoqué ce matin, cela peut avoir des répercussions sur l'offre de soins, sur toutes les politiques qui développent le lien social, la lutte contre l'isolement. Nous voyons bien que nous sommes dans un cadre plus vaste. Les autres thématiques sont du même ordre.

Deux choses vont nous servir de fil conducteur dans le déploiement des CLS en Aquitaine. Elles ont servi de socle à l'élaboration de notre document de cadrage régional :

- J'ai évoqué la question du périmètre qui n'est pas essentielle, il y a aussi la question des signataires. Nous avons dit ce matin qu'il y a des signataires minimum, mais je voudrais dire que l'expérience des ASV et les actions menées dans le cadre d'un plan local de santé nous conduisent à proposer de manière systématique un nombre élargi de signataires. Cela vaut aussi pour les acteurs de l'offre de santé, qu'il s'agisse des établissements sanitaires ou des établissements médico-sociaux, mais cela vaut aussi pour les associations d'usagers.
- Dernier point fondateur pour nous et sur lequel nous pensons pouvoir nous appuyer, c'est l'importance de la coordination. Sans relancer le débat de ce matin de qui paye la coordination, mais on se dit que, même si c'est à une échelle différente et si on s'adresse dans le cadre d'un CLS à une population plus large qu'à un public prioritaire de quartier politique de la ville qui risque de se rétrécir de plus en plus, compte tenu de la définition de la géographie prioritaire, l'importance de la coordination dans les ASV nous amène à penser que si on veut que nos CLS fonctionnent et arrivent à faire jouer ce partenariat local et mettent les politiques publiques en synergie au plus près des usagers, il faut qu'on s'occupe de cette fonction d'animation des CLS. En Aquitaine, nous menons plusieurs réflexions : soit des chargés de missions fléchés CLS, soit demander à des acteurs du champ de la santé de redéployer des moyens pour contribuer à l'animation des CLS. Rien n'est tranché, mais ce que j'avais envie de partager avec vous est que cette expérience des ASV avait permis d'élargir la réflexion sur la territorialité des politiques de santé tout en s'inspirant de ce qui a été fait au plan local. C'est bizarre, car l'ASV est tout petit et touche une zone géographique déterminée avec des caractéristiques particulières, mais cela nous a permis d'élargir notre réflexion.

François HANNOYER, *Animateur de la table ronde*

Un mot, car vous êtes passée un peu vite sur un partenaire qui paraît incontournable, le PQA (Pays et quartiers d'Aquitaine). Il y a P de pays, on n'est pas tellement dans la géographie prioritaire et pourtant ça vous aide à diffuser et mélanger des compétences.

Fabienne RABAU, *Directrice de la santé publique et de l'offre médico-sociale, ARS d'Aquitaine*

Absolument, j'y ai fait allusion tout à l'heure notamment au travers de la mission « santé et territoire » qui est portée par l'Ireps Aquitaine. Au départ, cela a été un élément fort de coordination interinstitutionnelle, parce que dès le départ, en 2008, le partenariat institutionnel avait été acquis sur cette question et je pense que ça a été un élément facilitateur.

> Les champs de compétences des Préfets délégués à l'égalité des chances

François HANNOYER, *Animateur de la table ronde*

M. JOLY, vous êtes préfet à l'égalité des chances. Vous avez entendu ces témoignages, ces questions de mutualisation des acteurs publics locaux. Qu'est-ce que cela vous inspire ? Comment cela fait-il écho dans votre expérience dans le Nord-Pas-de-Calais ?

Pascal JOLY, *Préfet délégué pour l'égalité des chances auprès du préfet de la région Nord-Pas-de-Calais*

Vu de ma fenêtre de Préfet délégué à l'égalité des chances, je suis plutôt un préfet positionné sur les questions sociales, ce qui veut dire que dans mes deux grands champs de compétence, j'ai d'une part la politique de la ville qui, par définition, s'applique sur un nombre de territoires limités dans la région - même si en région Nord-Pas-de-Calais, pratiquement 40 % de la population est concernée aujourd'hui par la politique de la ville. J'ai également tout le champ social, du logement social, de l'hébergement qui peut également regrouper des questions de santé au travers des PDALPD (Plan départemental d'accès au logement des personnes défavorisées) qui est un exercice partagé avec le Conseil général. Nous avons des sujets communs avec un certain nombre de services et notamment l'ARS comme l'habitat indigne qui est aussi une problématique de santé publique.

En ce qui concerne la politique de la ville, puisque c'est aussi le sujet de vos travaux, il est clair que dans les instructions qui nous sont données par l'Acse (Agence pour la cohésion sociale et l'égalité des chances), la politique de la santé est un axe prioritaire. Elle fait partie des quatre grandes thématiques qui, depuis plusieurs années, doivent être privilégiées dans l'allocation de nos crédits. Concrètement, cela veut dire que l'on doit diffuser les Ateliers santé ville.

Cela pose le problème de la cohérence avec les autres politiques de la ville qu'on peut mettre en place, les actions financées

dans les contrats urbains de cohésion sociale, qui peuvent être des actions santé, mais également dans un gros dispositif de l'Acisé qui est le dispositif de réussite éducative qui représente la majeure partie de nos crédits à côté des Cucs. Si je prends le département du Nord, cela représente pratiquement 7 millions d'euros sur 22 millions d'euros de crédits Acisé. Le volet santé est donc un volet majeur.

Nous avons aussi évoqué la rénovation de la politique de la ville qui est en train de se mettre en place. Si vous avez lu la partie santé des fiches du Comité interministériel des villes, il est dit que le contrat local de santé a vocation à être le volet santé du futur contrat de ville. Ce n'est pas évident, ne serait-ce que pour des problèmes de périmètre de coordination.

En France, il doit y avoir à peu près 300 ASV, dont 17 sur la région Nord-Pas-de-Calais avec deux tiers dans le département du Nord. Cela peut paraître beaucoup, puisque c'est un chiffre non négligeable, mais en raison de la démographie de la région, nous ne sommes pas forcément au-dessus de la moyenne nationale, d'autant que nous avons un réseau urbain de grandes et moyennes villes assez important. Nous nous efforçons de développer les ASV sur toutes les villes qui ont plus de 20 000 voire plus de 15 000 habitants en lien étroit avec les partenaires concernés.

Mon expérience des ASV m'amène à me poser plusieurs questions. La première qui a déjà été posée au premier intervenant : quel est le bon niveau d'un ASV ? Doit-il être communal ou intercommunal ? Ce n'est pas une question neutre pour l'avenir puisque les futurs contrats de ville seront intercommunaux. Ce qui ne va pas être simple, puisque si on prend une communauté urbaine comme celle de Lille qui comprend 86 communes et 1,2 million d'habitants, cela va être compliqué. Le bilan que je tire de la création d'ASV intercommunaux, c'est plutôt un semi-échec. Quand la taille est un peu trop élevée, à l'échelle d'une grosse communauté d'agglomération, on a du mal à fédérer les communes entre elles sur un projet commun d'ASV. Il vaut mieux reprendre les choses en main et recréer des ASV qui soient plutôt sur le territoire d'une commune ou de deux ou trois communes limitrophes. C'est le bilan que je fais.

Mes 17 ASV fonctionnent globalement bien. Ils sont plutôt communaux qu'intercommunaux. Le premier a été créé à Armentières en 2006 et c'est d'ailleurs l'un des plus innovants. Les actions sont intéressantes. Une des difficultés majeures est le poste de coordonnateur et sa pérennisation, car nous sommes parfois un Etat un peu contradictoire. Un de mes collègues préfet parlait d'ailleurs d'Etat « schizophrène » sur des politiques publiques dans des médias cette semaine en parlant des politiques du mal-logement. Au titre du contrôle de légalité, on impose aux collectivités territoriales de recruter des fonctionnaires de la fonction publique territoriale, mais d'un autre côté, pour tous ces dispositifs politiques de la ville, et notamment les ASV, on impose de recruter des contractuels selon les règles de la fonction publique territoriale, c'est-à-dire un an renouvelable un an. Après il faut retrouver un autre coordonnateur qu'il faut reformer et qui n'a plus le suivi ou la logique. Cela pose le problème de la pérennisation de ces postes, ce qui n'est pas évident. Quand je fais le bilan de ce que je finance en ingénierie dans la politique de la ville, dans le département du Nord, à part l'Anru où c'est un forfait, quand je prends uniquement ce que je paie au titre de l'Acisé et du FIPD : cela représente 170 postes sur l'ensemble de la politique de la ville en ingénierie dans les collectivités locales, avec les coordonnateurs Cucs, les coordonnateurs DRE (Dispositifs de réussite éducative), les coordonnateurs des CLSPD (Conseils locaux de sécurité et de prévention de la délinquance) et les coordonnateurs des ASV. Tout le problème pour nous est comment coordonner tout ce beau monde qu'on finance sur une moyenne de 20 000€ par poste et par an. Le problème est comment, dans une commune, le maire organise entre ses différentes directions, la direction qui va s'occuper du volet social politique de la ville, la direction qui va s'occuper de l'Anru, celle qui va s'occuper de l'éducation, celle de la santé, le CCAS. Comment le maire peut-il arriver à faire que tous ces gens puissent se parler et à œuvrer en faveur d'une politique coordonnée, ce qui n'est pas évident.

François HANNOYER, *Animateur de la table ronde*

Vous citez le maire pour dire que c'est lui qui doit être le coordonnateur de la culture locale ?

Pascal JOLY, *Préfet délégué pour l'égalité des chances, région Nord-Pas-de-Calais*

Le maire est le responsable hiérarchique de l'ensemble de ces agents et de ces services, de même que le directeur général des services qui le seconde. Aujourd'hui, il y a une certaine frilosité de la part de certaines communes à créer des ASV au vu du contexte budgétaire un peu contraint où les crédits Acisé sont en réduction globale. Par contre, l'Acisé nous demande de créer des ASV et nous avons des crédits spécifiques dédiés. Même en disant aux communes que ces crédits existent, nous avons des difficultés à créer ces ASV parce que les communes ne voient pas l'intérêt et estiment que l'effet levier n'est pas suffisant et que nous sommes dans un contexte budgétaire compliqué. Pour moi, les ASV ont une vocation à se transformer en CLS ou intégrer un CLS. Et je dirais qu'un ASV réussi est un ASV qui a donné lieu à un CLS parce que le travail qui est fait dans un ASV est ce qui permet de nourrir le diagnostic des actions d'un CLS.

En région Nord-Pas-de-Calais, nous terminons un certain nombre de contrats locaux de santé qui s'appuient sur tout le travail qu'on a fait depuis pas mal d'années sur des ASV qui étaient préexistants. Même si ce n'est pas forcément les mêmes périmètres, puisque les ASV sont sur la politique de la ville – on peut avoir des CLS qui ne sont pas forcément beaucoup plus larges –, je pense que les deux dispositifs ont vocation de se nourrir l'un de l'autre. Cela pose les problèmes de coordination – je ne suis pas pour les usines à gaz –, il ne faut pas avoir des coordonnateurs de chaque côté, mais il ne faut pas non plus que l'un vienne empiéter sur les compétences de l'autre. Tout cela renvoie à des *modus vivendi* à déterminer entre les partenaires. C'est ce qu'on est en train de trouver en Nord-Pas-de-Calais.

Il faut aussi une articulation étroite avec l'ARS. Peut-être que la taille de la région, deux départements, fait qu'on a une proximité avec l'ARS qui n'est peut-être pas la même qu'on pourrait avoir en Midi-Pyrénées où il y a beaucoup plus de départements ou en Rhône-Alpes. Mais nous avons pris avec l'ARS l'habitude de nous rencontrer tous les mois pour faire des points de situation très exhaustifs de façon à balayer l'ensemble des sujets qui nous sont communs, à arrêter ensemble un certain nombre de mesures, d'orientations stratégiques. À cet égard, nous avons par exemple essayé de mettre en place des dispositifs innovants. La région Nord-Pas-de-Calais est une région très dégradée au niveau des indicateurs de santé avec des personnes qui ont beaucoup de problèmes pour accéder aux soins. Nous avons besoin de médiation santé et avons décidé en commun. C'est pourquoi, en 2011, j'ai mis dans le panier de la mariée - si je puis dire - quinze adultes relais au titre de la politique de la ville et l'ARS a cofinancé à hauteur de 20 % les coûts de postes pour les implanter de façon équilibrée sur le territoire et développer dans les quartiers politique de la ville de la médiation santé en faveur des habitants pour les amener sur les parcours de soin. C'est quelque chose d'assez innovant. Cela coûte cher dans un contexte budgétaire où l'on supprime des postes d'adulte relais, mais nous ne le regrettons pas parce que la médiation santé fait partie de nos priorités aujourd'hui. Je ne vais peut-être pas être plus long et répondre aux questions. Tout n'est pas non plus toujours forcément idyllique, de temps en temps nous pouvons avoir des petits « coups de tension » avec le directeur général de l'ARS, mais on les règle.

Yves TALHOUARN, *Délégué général, Conseil général du Val-de-Marne*

Je pense que ce qui vient d'être dit montre qu'on est face à une grande diversité de situations. Le cas de l'Aquitaine, le cas du Nord-Pas-de-Calais, le cas de l'Île-de-France, 12 millions d'habitants, l'équivalent d'un pays de taille moyenne en Europe, mon département qui a autant de population que la région Limousin. Je pense que dans les logiques de santé publique, il faut que les différentes institutions aient une grande liberté d'intervention, des dispositifs à géométrie variable selon les spécificités de chaque approche territoriale et des besoins qui se font jour. Je crois que là nous ne sommes pas encore tout à fait dans cette logique et que nous avons tout à fait intérêt à développer des champs de liberté dans ce domaine.

[Echanges avec la salle

Sarah VERNIER, Animatrice régionale des ASV en PACA, Cres-PACA

Le Conseil régional PACA devait siéger à cette table ronde et pour de multiples raisons, il n'a pu être présent. Je voulais, à travers deux petits exemples, illustrer le travail de mobilisation des compétences des différents acteurs de santé sur notre territoire :

L'un, à travers l'animation régionale des Ateliers santé ville. Elle est portée par le Comité régional d'éducation pour la santé (Cres) depuis 2010 et jusqu'à présent, cette animation était financée uniquement par la DRJSCS. Or, cette année, grâce à la venue notamment de la Plateforme nationale des Ateliers santé ville lors d'une rencontre régionale, on a réuni l'ARS, le Conseil régional, le Sgar⁵, la DRJSCS et le centre de ressources politique de la ville PACA. Aujourd'hui le projet de cette animation régionale répond aux besoins grâce aux moyens de l'ensemble de ces partenaires qui se sont mis autour de la table pour justement développer et renforcer cette animation régionale. On a tous ces acteurs qui sont volontaires et qui sont partants pour renforcer et valoriser les Ateliers santé ville sur la région. C'était le premier exemple que je voulais donner de collaboration entre les différentes institutions.

Et le deuxième est qu'en région PACA a été mise en place une commission de coopération de l'offre de proximité avec pour signataires l'ARS, le Conseil régional et la Préfecture de région. C'est dans un travail concerté que sont mises en place des politiques cohérentes pour mieux répondre aux besoins. Chacun met dans ce panier ses compétences et ses acteurs. Cette commission de coopération s'appuie aussi bien sur les centres ressources que sont le Cres PACA ou l'Observatoire régional de santé (ORS), mais aussi sur d'autres acteurs qui sont notamment les universités, les libéraux, la caisse nationale d'assurance maladie, etc. C'est une dynamique qui n'existe pas depuis très longtemps, mais qui commence à porter ses fruits, et notamment grâce à la mise en place des maisons de santé, qui sont soit maison régionale de santé (MRS), soit maisons de santé de l'ARS et qui coordonnent ces compétences. Il faut savoir qu'en région PACA le Conseil régional est très investi sur les questions de santé dans une politique volontariste et depuis plusieurs années. Voilà ce que je voulais apporter comme exemples sur notre région.

Nathalie CHRISTOL-JEGOU, Coordinatrice ASV, Montreuil

Je m'excuse, je ne voudrais pas relancer le débat houleux, mais je vais le faire quand même. Nonobstant les financements ARS ou politique de la ville, si on met de côté cet enjeu de financement, il me semble qu'inscrire la spécificité des Ateliers santé ville dans le contrat local de santé interpelle aussi le local. Je m'explique : les contrats locaux de santé ont un volet médico-social. Quand il n'y a pas de mission handicap dans une collectivité territoriale, le risque peut être que dans un service, dans une direction de la santé ou autre ce soit un Atelier santé ville qui « récupère » les dossiers liés au médico-social et le risque peut être que l'ASV se fasse absorber par le droit commun santé au local. L'enjeu de réinscrire – et Matthieu FORTIN l'a bien dit ce matin – une fiche action Atelier santé ville dans les contrats locaux de santé, c'est réinscrire leur spécificité de proximité et cette transversalité sur la politique de la ville. Et je souhaiterais aussi revenir sur un terme, à savoir est-ce qu'un ASV se transforme ou intègre un contrat local de santé, ce qui ne représente pas non plus la même chose, même si les coordinateurs ASV sont souvent positionnés en tant que coordinateurs contrats locaux de santé, ce qui est mon cas sur Montreuil. Ceci étant le fait de réinscrire cette spécificité ASV permet aussi de la garantir, de la sécuriser, de pouvoir faire levier au local sur la priorisation sur les territoires politique de la ville.

Bruno COSTE, Directeur Uriopss Ile-de-France

L'Uriopss rassemble 1840 établissements et services en Île-de-France, acteurs hospitaliers, centres de santé, acteurs médico-sociaux. Je suis là pour apprendre parce que je crois que le secteur des Ateliers santé ville a à dialoguer avec nos acteurs. Mon propos va paraître caricatural, mais je constate que nous fonctionnons encore beaucoup en tuyaux d'orgue. Les ARS ont commencé à faire parler les acteurs, mais nous voyons même au sein de l'ARS des tuyaux d'orgue, de même qu'au sein des acteurs. Nous jouons beaucoup de l'orgue actuellement. La question est comment arriver à hybrider. En Île-de-France, nous commençons à travailler les infra-territoires après avoir défini les territoires de santé, mais nous voyons que, dans une région où la géographie n'aide pas forcément, il n'y a pas d'infra-territoires évidents, je n'ai pas le sentiment que dans les contrats locaux de santé – les 42 qui ont été définis – et les Ateliers santé ville, les acteurs type hospitaliers, maisons de retraite, maintien à domicile, champ handicap et autres aient été associés. Comment faire pour que ces deux mondes se parlent, se connaissent ? Je ne sais pas comment sinon on parlera de réductions des inégalités de santé. Dans le schéma régional de santé, on parle de réduction des inégalités au début puis

⁵ Secrétaire général pour les affaires régionales, sous l'autorité du préfet de région

après chacun repart chez soi et travaille dans son coin. Comment arriver à briser cet aspect-là ? Je prendrai un dernier exemple : il y a en Île-de-France - comme j'imagine dans les autres régions - un schéma régional des systèmes d'information en santé qui vient du monde hospitalier. Une vingtaine de programmes ont été définis. Aucun, à ma connaissance, ne porte sur ce secteur-là. Alors qu'il y a par exemple un programme dans d'autres régions qui s'appelle le ROR⁶, qui est un répertoire qui a d'abord défini le champ hospitalier, qui commence à définir le champ médico-social et qui peut-être avec le temps ira vers des acteurs de santé publique. Je pense qu'il faudra du temps pour qu'on y arrive. Y a-t-il des exemples en France où ça fonctionne mieux qu'ailleurs et peut-on bénéficier de ces exemples pour essayer de faire progresser la chose ?

Laurent EL GHOZI, Président de l'association « Elus, santé publique & territoires »

Trois points. Tout le monde est d'accord pour dire que l'Atelier santé ville est la racine des politiques locales, que beaucoup de choses sont parties de là et que ça doit aller jusqu'au contrat local de santé. Je pense que tout le monde est d'accord là-dessus. Sauf que j'ai du mal à entendre que l'ASV a vocation à nourrir, c'est-à-dire à être « mangé » par le contrat local de santé. Et encore plus de mal à entendre que l'ASV doit se transformer en contrat local de santé. C'est un contre-sens que de dire ça. La politique de la ville a des objectifs, les Ateliers santé ville sont sur du micro-local, ils ont fait la preuve et qu'ils réduisaient les inégalités de santé – je peux vous donner des chiffres, des tableaux, des cartes, ça existe – et surtout, qu'ils avaient une capacité de mobilisation locale de l'ensemble des acteurs et de la population. C'est possible sur un micro-quartier avec des besoins particuliers, un diagnostic spécifique, des acteurs qui se connaissent. Ce n'est pas possible à l'échelle de l'ensemble de la commune, à l'échelle du contrat local de santé. Je prends l'exemple de Nanterre, 90 000 habitants, quatre zones urbaines sensibles, quatre Ateliers santé ville, un contrat local de santé qui a été signé. Les quatre Ateliers santé ville continuent à avoir une spécificité même si, évidemment, les Ateliers santé ville des quatre quartiers ont vocation à porter, à enrichir, à donner du sens au contrat local de santé. C'est évident, mais pour autant, ce serait une erreur que de dire que l'Atelier santé ville disparaît dans le contrat local de santé. C'est véritablement important de l'entendre.

La deuxième question qui vient immédiatement après est celle du financement. Vous dites, monsieur, que vous financez 170 postes de coordinateurs. Vous en financez la

moitié, puisque les villes financent l'autre moitié. Et le sens même de la politique de la ville est que l'État finance la moitié du poste et que la ville en finance l'autre moitié.

Vous vous inquiétez sur la capacité à coordonner deux ou trois coordinateurs de Programme de réussite éducative (PRE), Ateliers santé ville, etc. Heureusement, les villes sont capables de coordonner des dizaines voire des milliers de salariés - bien ou mal on peut en discuter - mais en tout cas, ils le font. Claude EVIN⁷, avec qui j'animais ce matin l'Atelier santé à l'association des maires d'Île-de-France, a dit qu'il n'y aurait pas de financement des coordinateurs de CLS. Cette question-là est entièrement posée et elle ne peut pas reposer uniquement sur les collectivités locales. Si les coordinateurs d'ASV ne sont plus financés par l'État ou au moins pour partie, les collectivités locales se désengageront et une partie du travail qui aura été faite disparaîtra. On peut dire que c'est tant pis, mais c'est plus que dommage.

Troisième point, la politique de la ville et les ARS demandent de plus en plus aux collectivités locales et aux élus de faire dans le champ de la santé sans pour autant reconnaître ni compétences particulières, ni - j'y reviens - financements particuliers. Cela a une limite, il faut que l'ensemble des partenaires l'entende. Il me semble – et ça rejoint aussi ce que disait Bruno COSTE par rapport aux structures du médico-social – qu'il faut qu'on reconnaisse au maire ou au président de l'intercommunalité, un rôle d'animation globale sur son territoire des politiques sociales et sanitaires.

Didier FEBVREL, Médecin territorial, Marseille

Les Marseillais ont été les premiers à signer un contrat local de santé, on est en train de négocier avec l'ARS le contrat local de santé n°2. Le contrat local de santé n°1 a évité soigneusement d'intégrer les Ateliers santé ville dans son élaboration et dans sa constitution pour des raisons purement conjoncturelles. On s'est appuyé sur des diagnostics, bilans, etc. Je pense que derrière, il y avait la volonté de préserver le financement des Ateliers santé ville.

Pour un professionnel de la promotion de la santé comme moi et un peu regardant sur la façon de bouger du système de santé, l'intérêt est qu'il y ait des coordinateurs qui s'occupent de la santé à des échelles territoriales. Peu m'importe qu'on appelle cela Atelier santé ville. Je regrette, mais pour des professionnels de la santé comme moi, le fait que ce soit la politique de la ville, même si cela m'intéresse, était quand même un effet d'opportunité. Tant mieux si on a eu les moyens, si c'était sur des quartiers défavorisés parce que cela répondait à des préoccupations en termes de réduction des inégalités, etc. Il y a aussi quand même ce

⁶ Répertoire Opérationnel des ressources dans les hôpitaux visant à favoriser une meilleure coordination des soins

⁷ Directeur général de l'ARS d'Île-de-France

côté un peu stratégique qui est de dire : on va quand même faire la démonstration que c'est intéressant pour la santé de la population d'avoir des coordinations à un niveau local, etc. L'enjeu actuel du contrat local de santé est de définir qui va animer le territoire de santé. Entre la ville de Marseille et l'ARS PACA, nous nous accorderons sur les actions parce qu'il n'y aura pas trop de souci à se faire, nous l'avons déjà fait. L'enjeu est la gouvernance. Est-ce que oui ou non l'ARS - et donc l'État - est capable de placer la ville dans une discussion stratégique ? Comment l'ARS va-t-elle mettre la ville sur un pied d'égalité pour discuter d'une construction de politique publique ? Je pense que c'est cela l'enjeu.

Mettre les Ateliers santé ville dans l'histoire, c'est mettre la politique de la ville dans l'histoire. On rajoute un troisième acteur. Et si on rajoute la politique de la ville, on rajoute la DDCS, si on la rajoute on rajoute le Préfet à l'égalité des chances, etc. nous avons le triptyque : État, ARS, ville. Nous allons discuter, négocier, voir comment nous pouvons faire. L'enjeu est l'animation territoriale dont l'ARS n'a pas les moyens. C'est la Ddass qui les avait, mais là elle ne les a plus. Désolé pour mes collègues de l'ARS, mais l'ARS PACA est pléthorique et il y a des moments où on ne sait pas comment on s'y adresse. Tout le monde le dit en plus, ce n'est pas moi qui le dis. Tous les acteurs demandent où trouver l'ARS. Elle est à la délégation territoriale, il y a très peu de personnes et très peu de personnes à la ville de Marseille. En fait, il n'y a pas beaucoup de monde pour faire l'animation territoriale. Nous allons garder les Ateliers santé ville. Je dis à l'Acse de garder le financement des Ateliers santé ville parce que c'est hyper important pour la santé de la population. Le reste, c'est de la cuisine, qui finance ou non. L'objectif c'est ça, après on verra. Maintenant le problème va être la politique de la ville. Je ne sais même pas à quel niveau ça va passer. Cela va être aussi excitant que de faire des ASV à l'échelle de la ville de Marseille, si vous voulez. Nous avons créé des Ateliers santé ville à l'échelle de 220 000 habitants puisque nous avons les quartiers Nord qui correspondent à une échelle équivalente à Lille. Nous avons deux coordinateurs ASV. On sait le faire. Évidemment on n'est pas un micro-quartier, nous n'arrivons pas à faire de la participation d'habitants à un niveau fin, mais nous essayons de se débrouiller avec ça parce que, de toute façon, il faudrait 10 à 20... Bon j'arrête.

Nathalie MOLAS GALI, Chef du service de prévention promotion de la santé, DT-ARS PACA Marseille
Globalement je suis d'accord avec ce qu'a dit Didier DEBVREL, mais je pense qu'il y a quelque chose dans ce que tu as dit que les gens ne peuvent pas comprendre. C'est que dans les Bouches-du-Rhône, la DT (délégation territoriale) anime les ASV. C'est ça qui est caractéristique de notre département. C'est pour cela que quand il a dit qu'il y a les

deux partenaires, nous travaillons ensemble depuis douze ans pour animer les ASV. Tu as cité ensuite la politique de la ville, la DDCS, les gens qui sont habitués à un autre format ne peuvent pas comprendre. Ceci dit je tiens à dire qu'on anime les ASV en partenariat très étroit avec la DDCS et en mettant les délégués du Préfet dans toutes nos instances pour travailler avec nous. Ce qui explique cette expérience de construction commune dans les ASV depuis très longtemps, puisque notre premier ASV date du printemps 2002. Nous avons continué cette démarche de co-construction pour nos travaux actuels du CLS.

Moi je suis aussi satisfaite de l'intervention de M. EL GHOZI parce que je pense que nous ne pourrions pas faire des CLS sur tous les territoires où il y a des ASV. Dans les Bouches-du-Rhône, il y a 13 ASV. Nous co-construisons deux CLS, c'est un travail énorme. Je pense que sur un certain nombre de territoires, les ASV vont continuer à exister. De toute façon, dans notre région, l'objectif quantitatif de CLS est très raisonnable et nous voulons les mettre sur les territoires les plus précaires. Les ASV continueront à exister et même sur les territoires où il y aura en même temps ASV et CLS, je pense qu'il faut une animation des ASV qui existe déjà et chercher la solution, l'ingénierie du CLS avec bien sûr un lien, un partenariat, et une coopération étroite entre les deux.

François DUFOUR, Coordinateur promotion de la santé, Communauté d'Agglomération de Rouen, Elbeuf, Sainte-Austreberthe

Pour donner des illustrations haute-normandes de l'interaction entre Ateliers santé ville et contrats locaux de santé :

(i) Lorsque sur une commune de 50 000 habitants où il y a une démarche Atelier santé ville depuis de nombreuses années avec un grand nombre d'acteurs qui se mobilisent, qui élaborent un plan local de santé, l'Agence régionale de santé vient à la rencontre de la municipalité et fait le forcing – la municipalité a signé, ils ont pris leurs responsabilités – pour qu'en quatre mois un contrat local de santé soit élaboré, signé et qu'il ne reflète pas du tout les travaux antérieurs, ça se passe mal et au bout d'un an, la mairie propose un avenant pour rectifier le tir, parce qu'elle se rend compte qu'en fait, elle est partie dans le mauvais sens.

(ii) Lorsque sur une commune de 30 000 habitants, on met six mois pour élaborer un contrat local de santé, mais qu'on n'associe pas du tout les associations locales, les organismes médico-sociaux, à l'élaboration de ce contrat local de santé et qu'au bout d'un an, on s'aperçoit qu'on n'arrive pas à mettre en place véritablement comme on le souhaitait les différentes fiches-action du contrat local de santé, parce que tous les acteurs qui étaient mobilisés les années précédentes disent « vous avez signé un contrat

local de santé entre l'ARS et la ville, mais nous on n'est pas concernés, ce n'est pas le nôtre, ce contrat local de santé, maintenant, faites-les, mettez-les en œuvre les fiches-action », cela pose problème.

(iii) Lorsque sur une ville de 110 000 habitants, il y a un Atelier santé ville sur des quartiers qui sont prioritaires et qu'on dit « c'est le coordinateur qui gère, anime cet Atelier santé ville » sur ces quartiers prioritaires qui représentent 15 000 habitants et qu'il passe de cette dimension à une dimension 110 000 habitants, ce n'est pas du tout la même chose, avec des problèmes de santé qui sont complètement différents de ceux qui ont été traités sur ce quartier prioritaire, ça déstabilise complètement l'Atelier santé ville et cela le met même en péril, et risque de le faire disparaître.

Un Atelier santé ville peut mourir d'un contrat local de santé.

François HANNOYER, *Animateur de la table ronde*
Manifestement, la question du lien entre ASV et CLS pose beaucoup de questions. On a aussi la question des tuyaux d'orgue. Est-ce qu'un jour les outils qu'on va utiliser vont nous permettre de sortir de ces politiques verticales descendantes et étrangères les unes aux autres ? Est-ce que vous avez envie de conclure là-dessus ? C'est le citoyen d'abord qui va répondre.

Michel SABOURET, *Représentant des usagers, Ciss Rhône-Alpes, ASV Lyon*
Je ne veux pas conclure, mais simplement réagir. L'usager, lui, est dans le tuyau d'orgue ou dans le millefeuille, il ne sait pas. Et peut-être qu'il faut s'appuyer sur lui pour qu'il dise ce qu'il veut et qu'il l'explique et lui donner le moyen d'expression.

Pascal JOLY, *Préfet délégué pour l'égalité des chances, région Nord-Pas-de-Calais*

Il faut bien voir qu'on est dans une révolution majeure de la politique de la ville. On n'a pas connu d'évolution aussi sensible depuis pas mal d'années. Cette évolution va se traduire par beaucoup plus de concentration par rapport aux quartiers qui seront éligibles. Elle va se traduire aussi par le fait qu'on a besoin autour des futurs contrats de ville que l'on signera, d'avoir des signataires qu'on n'avait pas forcément aujourd'hui autour de la table : le Conseil général, qui n'était pas forcément signataire des contrats de ville ou très rarement, le Conseil régional qui était signataire des contrats de l'Anru (Agence nationale pour la rénovation urbaine) mais très rarement des contrats de ville, l'ARS qui est un acteur majeur. Lorsqu'on a fait les Cucs expérimentaux il y a à peu près un an, un an et demi, on nous a d'ailleurs reproché que dans les thématiques qui étaient prises, la santé ne figurait pas : ce qui montrait bien son importance.

Sur les futurs contrats de ville, il y a aussi une question de fond, qui est le droit commun. J'ai entendu une intervention tout à l'heure qui est assez récurrente. On dit qu'on prend les crédits politique de la ville parce que ce sont les seuls qui existent. Non, la politique de la ville n'a pas vocation à financer à la place du droit commun, que ce soit celui de l'Etat ou celui des collectivités territoriales. La politique de la ville a vocation à concentrer des crédits sur des quartiers en décrochage, en difficulté, sur lesquels on a besoin d'avoir un traitement de choc. Je le revendique fortement.

Concernant l'avenir des ASV, je ne sais pas. Je vous dis simplement qu'aujourd'hui une décision a été prise en interministériel qui s'est traduite dans un compte rendu du Comité interministériel des villes, qui dit que le volet santé des futurs contrats de ville sera le CLS. C'est ce que le gouvernement a arrêté à ce stade. Je ne peux que vous rappeler cette phrase du document. Les ASV existent depuis 13 ans, ils ont été créés en 2000. Quand j'ai dit tout à l'heure que l'ASV devait nourrir le CLS, ce n'était pas pour que l'ASV disparaisse, vous avez mal compris. Vous avez fait un raccourci un peu rapide. Un ASV traduit un travail de fond qui est fait souvent depuis plusieurs années, qui permet de dresser un diagnostic et de permettre de définir les actions d'un CLS. Un CLS est beaucoup plus large, que ce soit au niveau de ses thématiques ou de ses périmètres. Enfin, sur la coordination, excusez-moi, il y a des pratiques très différentes. Nous finançons beaucoup plus que 50 % dans le Nord-Pas-de-Calais, et je peux vous dire que la coordination souvent elle nous pose des problèmes, entre les différents dispositifs que nous finançons. Peut-être que ce n'est pas le cas chez vous, mais c'est le cas chez nous.

François HANNOYER, *Animateur de la table ronde*

Au niveau du département, M. TALHOUARN, on a parlé d'outils qui permettraient de déssectoriser, de sortir des tuyaux d'orgue. Qu'est-ce qu'un département peut faire, même si ce n'est pas une compétence du département ?

Yves TALHOUARN, *Délégué général, Conseil général du Val-de-Marne*

Je suis désolé, mais je vous renvoie au Conseil des ministres d'hier – je vais être un peu brutal – où il y a trois projets de loi qui ont été adoptés. Je partage complètement l'analyse de Laurent EL GHOZI. C'est « l'évaporation » de la Commune et du Département qui est visée. Avec une spécificité pour l'Île-de-France, mais vraie sur Marseille, Lyon et sur d'autres métropoles régionales, un pouvoir métropolitain va se substituer aux compétences qui sont exercées aujourd'hui par les collectivités territoriales de base que sont la commune et le département. Je crois très fort au binôme commune-département. Je suis désolé, mais je travaille

comme ça et je trouve qu'on est extrêmement efficaces. J'ai de grosses inquiétudes, les maires vont être dessaisis du plan local d'urbanisme avec un impact sur la santé. Ça remonte à l'échelon intercommunal. Chez nous en Île-de-France, sur le cœur de l'Île-de-France c'est des intercommunalités d'au moins 300 000 habitants qui seraient obligatoires. C'est incohérent avec une politique de santé. Pourtant ce texte a été adopté hier par le Conseil des ministres. En tant que technicien de la santé, en tant que personne qui travaille sur l'évolution des politiques publiques, je suis très inquiet.

L'État a-t-il réellement les moyens de sa politique ? J'ai quitté l'État en 1989, alors qu'il était fort. Pour venir travailler, il avait une réelle présence sur le territoire. Et je l'ai quitté parce que je suis passé aux travaux pratiques de la décentralisation. Aujourd'hui, l'État affiche des politiques qu'il n'est pas à même d'assumer concrètement. C'est donc un cercle vicieux dans lequel on se retrouve nous, collectivités territoriales, on doit assumer peu à peu des politiques que l'État ne peut plus assumer, y compris l'ingénierie territoriale, qui est un véritable enjeu en termes de santé publique.

François HANNOYER, *Animateur de la table ronde*

Fabienne RABAU, nous avons l'impression qu'à travers ces questions de décentralisation, de financement, de compétences partagées, c'est globalement une question de gouvernance qui se pose. Est-ce que l'ARS peut être l'outil de gouvernance des politiques régionales de santé et d'animation des territoires ?

Fabienne RABAU, *Directrice de la santé publique et de l'offre médico-sociale, ARS d'Aquitaine*

La loi l'a voulu en quelque sorte, mais je doute que l'ARS, comme je le disais au début de mon propos, puisse seule exercer cette fonction. En revanche, pour en revenir peut-être à la santé des populations sur les territoires, j'espère que mes propos n'ont pas été mal interprétés. Il ne s'agissait pas du tout pour moi quand j'évoquais la source d'inspiration

que pouvaient être les ASV pour les CLS d'aspirer quelconque moyen qui serait aujourd'hui ceux des ASV pour les donner aux CLS. En Aquitaine, la question que nous nous posons est d'essayer de savoir comment on peut peut-être avoir plus de leviers au niveau des territoires via les CLS. Il y a deux types de questions : comment nous, ARS - puisque nous sommes chargés de la régulation du système de santé au sens large, les soins ambulatoires, hospitaliers, l'accompagnement médico-social - comment pouvons-nous agir sur le repositionnement des acteurs au niveau local, là où ils sont ? Ce sera fonction des périmètres, parce qu'il n'y aura pas forcément un hôpital dans le périmètre de chaque CLS, mais il y a aussi des structures médico-sociales.

L'Uripss Île-de-France a évoqué tout à l'heure les Ehpad et d'autres structures. Je crois que nous pouvons peut-être aussi nous servir d'un certain nombre de ressources locales et les mettre à disposition des acteurs locaux et de la population. C'est un premier axe. Le deuxième axe est de voir comment, en complémentarité, notamment avec les collectivités, on peut arriver à avoir des synergies sur d'autres champs annexes à la santé, mais qui ont une importance forte pour l'état de santé des populations. Et voir comment on peut, de manière coordonnée, développer un environnement plus favorable à la santé et qu'on soit peut-être plus percutants sur les actions de lutte contre les inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé.

3^e Table Ronde

Les contrats des politiques de santé et de la ville : le point de vue des élus des collectivités locales

Animatrice :

Marianne AUFFRET, Adjointe au Maire, chargée de la santé, Mairie du 14^e arrondissement de Paris

Intervenants :

Alexandre FELTZ, Vice-président de la Communauté urbaine de Strasbourg, Conseiller municipal délégué à la santé de la ville de Strasbourg

Julie LE GOÏC, Adjointe au Maire déléguée à la santé de la ville de Brest

Nathalie MAGNIN, Adjointe politique de la ville, ville de Gaillard, élue référente des ASV, Annemasse Agglomération

Marianne AUFFRET, Adjointe au maire, chargée de la santé, Mairie du 14^e arrondissement de Paris

Mesdames, Messieurs,

« Les contrats des politiques de santé et de la ville »... La première fois que j'ai lu le titre de la table ronde que j'allais animer, je me suis dit : « quoi ? moi qui parle couramment le buro-croate, le techno-croate, moi qui est fait langue de bois en deuxième langue, je ne comprends pas bien le titre de ma table ronde ? Moi, élue depuis 12 ans, en charge de la santé, des seniors et des personnes handicapées, à Paris 14^eème, équipée comme il faut en Atelier santé ville, en Conseil local de santé mentale, par ailleurs diplômée en économie de la santé, travaillant honorablement dans le secteur des réseaux de santé, je ne vois toujours pas bien exactement de quoi on va bien pouvoir parler face à des gens qui auront déjà fait le tour du sujet pendant deux jours entiers, face à un public devenu expert, s'il ne l'était pas déjà avant.

Heureusement, j'avais une note de cadrage : « il s'agira ainsi de mutualiser la réflexion sur les conditions et les moyens mis en œuvre pour construire une politique de santé globale fondée sur une approche intersectorielle et transversale, impliquant l'engagement des collectivités territoriales et la participation citoyenne. »

Euh... il ne manque pas quelque chose ? Il ne manquerait pas « territorialisation », un mot dont se demande si le plus dur est de le prononcer ou de le mettre en œuvre ? Et quid de « l'élaboration d'une synergie partenariale axée sur un programme à entrées multiples et à stratégie variable » ? Je blague.

Mesdames, messieurs, ne vous méprenez pas, je me moque d'abord de moi-même. Nous expérimentons tous intimement cette difficulté à nous servir à bon escient de ce vocabulaire, sans doute conçu avec d'excellentes intentions. Nous nous laissons prendre par cette langue qui nous berce de cette illusion de « maîtriser notre sujet ».

La marche est haute pour parvenir à ce bilinguisme délicat qui nous rend interprètes des territoires désaffiliés (tel que l'entendait Robert CASTEL), qui sont aujourd'hui l'objet de notre attention. Il y aura toujours des pas doués en langue qui pensent qu'il s'agit de deux mondes : les quartiers où le peuple vit et les quartiers d'où on les administre. Il ne s'agit pas deux mondes, il s'agit de deux langues, d'origine sans doute commune, pour décrire un même monde. Il n'y pas de hiérarchie entre les langues. Elles ont toutes leurs beautés, leurs ambiguïtés, leurs insuffisances.

La langue technocratique, nous devons la parler couramment, bien sûr. L'ignorer serait une faute, a minima une faute tactique, c'est la langue de l'évaluation, la langue des financeurs, la langue de la « rationalisation de l'action publique » (et d'une certaine manière, je ne refuse pas le concept s'il peut m'aider à partager le trésor public avec plus de justice.) C'est une langue d'ordre et de force que nous devons faire nôtre.

Mais il faut bien se souvenir que c'est une langue véhiculaire. Notre langue maternelle, la langue courante nous nourrit et

nous fonde. Elle n'est pas simpliste, même si elle utilise souvent moins de syllabes par mots. C'est grâce à elle que je tiens votre attention alors que je sais que vous savez que je menace dans quelques minutes d'apporter ma pierre à la « mutualisation de la réflexion sur les conditions et les moyens mis en œuvre pour construire une politique de santé globale fondée sur une approche intersectorielle et transversale ». Tremblez, pauvres mortels !

Mais venons-en au fond. Le diagnostic est dramatiquement partagé. Partout où l'on se promène, de colloques en réunions et de symposiums en groupes de travail, partout le diagnostic s'impose :

- Vieillesse,
- Augmentation des maladies chroniques,
- Augmentation des situations complexes,
- Intrication des problèmes sociaux et médicaux,
- Démographie médicale en évolution,
- Diminution de la ressource financière, tant pour le système de santé que pour ses bénéficiaires,
- Nécessité de rééquilibrer les forces entre curatif et préventif.

Il n'y a pas beaucoup de consensus nationaux, mais là nous en tenons un.

Problème :

1. Une des raisons pour lesquelles la prévention est chose compliquée c'est parce que ses effets se mesurent à bien plus long terme que le temps administratif et politique.
2. Une deuxième raison est parce qu'elle résiste à la culture de l'évaluation (évaluer ce qui n'a pas eu lieu, évaluer le cancer que je ne choperai peut être pas en 2033 en arrêtant de fumer en 1999).
3. Et enfin, une dernière, que tout concourt à prouver, que dans le cadre d'une organisation descendante (« *top down* »), lorsque nous crions d'en haut même les meilleurs conseils du monde, et bien, en bas, on n'entend pas, il y a du bruit, on entend un vague type pénible qui nous veut du bien en nous collant des brocolis vapeur à chaque repas. Il apparaît que ça marche mieux dans l'autre sens. On partirait mieux des territoires, dit-on ; même les experts.

Alors, de quels territoires parle-t-on ? Quel est l'échelon pertinent ? Comment se servir du pouls que l'on prend d'un territoire pour mettre au point le traitement adapté ?

« *Les contrats des politiques de santé et de la ville* » ? Y a t'il une ligne de crête, une béance, un angle saillant, une problématique comme on dit à tout bout de champ, y-a-t-il un SUJET ?

Y a t'il quelque chose, là, qui puisse nous aider à aller mieux collectivement et individuellement, et si oui, parlons en, si non, parlons en aussi parce que comme si tout le monde en parle, il doit y avoir un truc. Quel est le lien qui unit les territoires à la santé des gens ? Qui se charge de la santé ? Qui en est responsable ? Sur qui compte t-on et a t-on raison de compter sur eux ?

Mes chers collègues, vous que je sais au carrefour de l'expertise et de la mission républicaine, vous qui dansez d'un pied sur l'autre, vous que les experts ne considèrent pas vraiment les leurs, et que la population des territoires que vous administrez voudrait souvent tout-puissants, vous dont ce n'est pas le métier que de savoir ce que vous savez, comment faites-vous pour mettre en musique l'incantation à la lutte contre les inégalités de santé qui est le fil conducteur de la stratégie nationale de santé, telle qu'énoncée par notre président ? Qu'est ce qui marche bien ? Qu'est ce qui marche mal ? Qu'est ce qui est important ?

Et bien, parlons d'inégalités de santé, des moyens d'y pallier, de prévention, des moyens de la mettre en œuvre, parlons technique en essayant qu'elle ne nous enferme pas, ayons même la prétention qu'elle nous serve. Le premier qui dit « problématiques transversales du diagnostic infra-territorial des besoins partenariaux » a un gage.

Je laisse donc la parole à mes trois collègues :

- Julie LE GOIC, adjointe au maire en charge de la santé de Brest
- Alexandre FELTZ, vice-président de la Communauté urbaine de Strasbourg, conseiller municipal délégué à la santé de la ville de Strasbourg
- Nathalie MAGNIN, adjointe au maire en charge de la politique de la ville et élue référente ASV de la ville de Gaillard, agglomération d'Annemasse en Rhône-Alpes.

Julie LE GOIC, *Adjointe au maire déléguée à la santé de la ville de Brest*

Lors du début de mon mandat, en 2008, j'ai immédiatement été confrontée à la complexité du dispositif ASV. « L'ASV est le volet santé du Cucs, signé avec la Ddass et financé par l'Acse ». Ah... mais bien sûr... Devant cette avalanche d'acronymes et le flou entourant ce nouvel outil pour la santé dans les quartiers, j'ai choisi d'aller me former auprès de l'Institut Renaudot, à Nantes. Cette formation, croisant élus, techniciens, associations de quartier, m'a permis de comprendre les enjeux de l'Atelier santé ville et notamment la notion de santé communautaire (il faut bien se rendre compte que pour un élu le mot « communautaire » n'est pas forcément bien connoté). Elle m'a également permis de voir que la principale faiblesse du dispositif brestois était l'absence de « diagnostic partagé » lors de l'établissement des 5 axes validés en 2007. Nous avions, en fait, tenté de faire rentrer dans les cases de l'ASV le plan de service préexistant, ce qui créait de fait un réel décalage par rapport au principe de santé communautaire. Nous continuions à faire du descendant, nous appliquions « notre » politique santé, simplement déclinée dans les quartiers... et mobiliser les habitants et les acteurs de quartier dans ces conditions était voué à l'échec. Non seulement nous n'arrivions pas à faire émerger des projets de quartiers, mais en plus nous perdions nos financements Acse et donc les moyens humains pour mieux travailler dans les quartiers...

Comprendre la dimension d'éducation populaire dans l'Atelier santé ville pour faire monter les habitants en compétence sur les questions de santé était pour nous un cap à franchir pour rendre le dispositif réellement intelligent et pertinent.

La question politique derrière ces débuts difficiles est finalement celle de la contractualisation à marche forcée. L'Etat avait largement fait pression sur la ville de Brest pour accélérer la signature de l'ASV, risquant ainsi de faire de notre collectivité une simple courroie de transmission de l'action de l'Etat. Une délégation de compétence cachée, non-assumée, en somme.

Pour éviter ça, prendre le temps du diagnostic et surtout le temps de le partager avec les habitants est essentiel. C'est ce que nous avons fini par faire lors d'une Semaine de la santé, faisant le tour des quartiers après avoir travaillé localement les observatoires, quartier par quartier, recensé les actions et les ressources déjà existantes, et surtout écouté les remontées et les demandes des acteurs du quartier sur les questions de santé. Nous avons pu constater que les projets autour de la santé communautaire étaient nombreux, intelligents, portés à bout de bras par des associations du mouvement de l'éducation populaire comme la Confédération syndicale des familles de la rive droite qui propose de la marche pour les personnes fragiles, des ateliers cuisine, des ateliers d'estime de soi, tout en travaillant sur la santé environnementale et en allant chercher porte par porte les habitants d'un des quartiers les plus populaires de Brest. Soutenir, valoriser ces projets, permettre à d'autres d'émerger, la dynamique est lancée, à tel point que nous avons dû prioriser dans le service santé le fait de répondre à ces demandes des quartiers par rapport à nos actions plus institutionnelles.

Et demain ? L'avenir du dispositif ASV est incertain. Brest, comme d'autres villes, a joué le jeu de la mixité sociale et risque de se voir pénalisée pour cela lors des prochaines désignations des quartiers prioritaires et donc des signatures des prochains contrats de ville. Cependant, si les populations sont plus mélangées dans nos quartiers, l'arrivée des classes plus aisées n'a pas rendu nos précaires moins précaires et ils ont plus que jamais besoin du dispositif de l'ASV ! Comment toucher ces publics si l'Etat cesse d'aider les villes qui se sont lancées dans les Ateliers santé ville sous prétexte que les quartiers ne sont « plus assez » sensibles ?

Alexandre FELTZ, *Vice-président de la Communauté urbaine de Strasbourg (Cus), Conseiller municipal délégué à la santé, ville de Strasbourg*

Pour revenir sur l'histoire de Strasbourg, je vous rappellerai son implication dans le champ de la santé depuis la fin du 19e siècle, avec en 1887, la mise en place de soins gratuits aux enfants à la clinique universitaire, un centre de soins dentaires, puis déjà en 1909, une unité de prévention et de prise en charge de la santé des enfants. Ainsi, Strasbourg a une histoire particulière, car elle a gardé au fil des temps des compétences santé comme la PMI, la santé scolaire et les centres médico-sociaux qui dans la plupart des villes sont gérés soit par les Conseils généraux, soit par l'Education nationale ou par l'Etat. Je reprends l'histoire depuis 2008, suite à l'élection de Roland RIES, maire de Strasbourg. Nous avons mis en place un diagnostic santé sur la communauté urbaine qui rassemble 470 000 habitants et 28 communes. Dès le départ, lors de ce diagnostic, j'avais proposé au sous-préfet et au préfet d'élargir les Ateliers santé ville, qui étaient concentrés uniquement sur les zones urbaines sensibles 1, afin de les étendre aux zones urbaines sensibles 2 et 3 pour permettre une dynamique des Ateliers santé ville sur la communauté urbaine et pas seulement sur la ville de Strasbourg.

En effet, on aurait pu ainsi élargir les ASV sur le centre de Strasbourg, mais aussi à Bischheim, Hoenheim, Schiltigheim, Illkirch, Lingolsheim, Ostwald. Mais, déjà à cette époque, le souhait de concentrer les moyens dans les zones les plus défavorisées n'a pas permis cette animation. Strasbourg avec 260 000 habitants et cinq zones urbaines sensibles 1, représente un quart du département et rassemble plus de 50% de personnes bénéficiant de minima sociaux. Nous avons mis en place depuis 2008 une animation dans ces cinq zones urbaines sensibles 1 de la ville de Strasbourg.

En parallèle, grâce au diagnostic fait sur la communauté urbaine, nous avons pu signer en 2012 deux contrats locaux de santé, un sur la Cus et un sur la ville de Strasbourg, en référence à leurs compétences spécifiques. Ces contrats locaux de santé ont été signés par l'Agence régionale de santé, et également par le Préfet, engageant ses services comme la Direction départementale de cohésion sociale mais aussi la Direction régionale de jeunesse et sport et cohésion sociale, et également par le régime local d'assurance maladie - cette assurance de sécurité sociale complémentaire obligatoire pour les salariés du privé, spécifique à l'Alsace et à la Moselle – et par l'Education nationale.

Nous avons développé en parallèle une ré-animation de l'Atelier santé ville sur notre ville parce qu'avant 2008, il n'y avait pas d'animation, pas de chargé de mission. Les subventions État étaient plutôt utilisées dans le cadre d'appels à projets pour des actions qui n'avaient pas de coordination au niveau des territoires. Aujourd'hui, nous avons un coordinateur à temps plein pour ces cinq Ateliers santé ville, Mathieu HILD - que je salue et qui est présent aujourd'hui – et une deuxième coordinatrice qui est à mi-temps sur le CLS et à mi-temps sur l'ASV, ce qui permet cette coordination entre le contrat local de santé sur la ville et la Cus, et l'ASV.

Nous avons mis en place un comité de pilotage et d'orientation qui se réunit une fois par an avec le sous-Préfet et tous les membres actifs dans l'Atelier santé ville, qui sont aussi actifs dans le cadre du contrat local de santé. Nous avons également créé des comités de suivi territorialisés dans les cinq quartiers de la politique de la ville bénéficiant de l'ASV. Ils sont co-animés au niveau politique par l'adjoint de quartier et moi-même en tant qu'élu délégué à la santé. Des partenaires institutionnels y participent tels que les délégués du préfet et un représentant de l'ARS, de même que des « services ressources » de la Ville de Strasbourg : directions de proximité, centres médico-sociaux, et programme de rénovation urbaine.

Nous travaillons aussi avec les ATP - les Ateliers territoriaux de partenaires - outils de démocratie locale de la ville, également mobilisés sur d'autres thèmes que la santé comme les personnes âgées, la sécurité, les problèmes scolaires. Nous avons des ATP dans chaque quartier qui permettent cette animation au plus proche du territoire avec des associations, des établissements scolaires, des centres socioculturels, des professionnels de santé ... Notamment, en 2012, une réunion inter ATP a réuni plus de 150 personnes pour faire le bilan de cette animation par quartier. Les thèmes des Ateliers santé ville sont classiques : c'est la santé mentale, les conduites à risques et les addictions, l'accès aux droits sociaux et aux soins, et la nutrition.

Ce travail de synergie entre acteurs au titre des contrats locaux de santé a permis autant des actions de prévention primaire que de prévention secondaire, notamment autour des questions d'obésité, qui sont des questions très importantes pour notre ville. Je vais vous donner deux exemples sur la nutrition :

- la ville de Strasbourg est très impactée par la question de l'obésité infantile qui est - comme vous le savez – devenue un marqueur de précarité. 10 % des enfants de 6 ans de Strasbourg et plus de 15 % dans les zones urbaines sensibles sont en surpoids ou obèses, ce taux passe à plus de 15 % pour les enfants de 8 ans sur la ville de Strasbourg, et plus de 25 % dans les zones urbaines sensibles. Nous avons mis en place, en lien avec le CLS et l'ASV, une action qui s'appelle « Je me bouge dans mon quartier », et impacte plus de 1300 élèves répartis dans cinq écoles de la ville, notamment en zones urbaines sensibles. Cela permet, à tous les temps de la scolarité, durant les pauses ou le périscolaire, d'augmenter l'offre et l'animation autour du mode de déplacement actif, de l'activité physique et sportive. C'est la mobilisation des moyens du CLS et de l'animation par l'ASV qui a permis de développer cette action.
- Le deuxième exemple est une action de prévention secondaire, voire tertiaire sur la ville, qui s'appelle « Sport, santé sur ordonnance » qui permet aux médecins généralistes de Strasbourg, notamment ceux installés dans les quartiers des zones urbaines sensibles, de prescrire, de l'activité physique. Grâce à la mobilisation de tous les acteurs du CLS, l'ARS, le régime local d'assurance maladie, la ville et la communauté urbaine, la gratuité de ces activités a pu être mise en place avec un coordinateur sportif de la ville qui oriente vers les activités physiques adaptées à l'état de santé de ces populations qui sont très éloignées de la santé et de l'activité physique. Plus de 50 % des personnes qui

peuvent bénéficier de ce dispositif – 200 personnes en bénéficient à ce jour – sont soit en invalidité, soit bénéficiaires du RSA, soit en arrêt de travail ou au chômage. Ce sont des gens éloignés de l'accès aux soins et l'accès aux droits et qui sont notamment présents dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville. Nous voyons bien la synergie entre les moyens financiers dégagés par le CLS avec les différents partenaires qui mettent ensemble des moyens et l'animation par quartier grâce aux Ateliers santé ville et les différents comités mis en place, politiques et techniques, qui permettent cette proximité avec les actions.

Nathalie MAGNIN, Adjointe au maire en charge de la politique de la Ville, Gaillard, et élue référente des ASV pour l'agglomération d'Annemasse en Rhône-Alpes.

Je vais commencer avec une première remarque piochée dans le discours d'accueil de M. ROVERE : 5% d'élus présents à ces journées. Je regrette que si peu d'élus participent à ce type de rencontre (je crois même que ce chiffre représente en grande partie les personnes présentes à la tribune...). Je trouve toujours dommage que les élus ne prennent pas suffisamment le temps de participer à de telles journées. Elles sont pourtant des moments où l'on peut s'extraire du quotidien, des décisions... pour prendre le temps à travers le partage d'expériences de s'intéresser à d'autres pratiques et prendre un peu de hauteur et le temps de retrouver du sens à l'action.

Au titre de mon expérience, je vais commencer par vous présenter de manière succincte l'agglomération d'Annemasse-Les Voirons. Elle représente 80 000 habitants au sein du bassin de vie de Genève. C'est une agglomération qui date de 2008 et qui est le regroupement de deux communautés de communes très différentes : une très urbaine dense rassemblant 6 communes, et une semi-rurale ou semi-urbaine rassemblant 6 petites communes qui mêle des fermes et des maisons individuelles et qui commence tout juste à se « coltiner » la question du social (notamment à travers la construction de HLM). Il s'agit donc d'une agglomération de 12 villes présentant donc des portraits très contrastés.

Alors entre lac et montagne, entre banques Suisses et reblochon fermier... dans un département en plein essor démographique, dans un contexte économique plutôt meilleur qu'ailleurs, pourquoi aurions-nous besoin de nous questionner sur les questions de santé ?

Les différentes enquêtes ORS ou « A propos » sur les indicateurs de santé par exemple, montrent un taux de dentistes supérieur à la moyenne nationale : nous devrions donc être une agglomération sans carie... mais pourtant les chiffres montrent un déficit d'actes. Nos dentistes s'installent en bordure de frontière (non pas pour passer des mallettes) mais parce que leur clientèle vient de Suisse pour trouver des soins moins chers qu'elle paye rubis sur l'ongle. La réalité est que nous sommes en déficit de médecins spécialistes et notre centre hospitalier vient de quitter notre agglomération pour s'installer à la campagne avec toutes les difficultés de transport que cela représente...

Notre agglomération attire donc : l'eldorado genevois, les accords bilatéraux... De loin elle peut paraître plutôt accueillante... elle connaît un essor démographique fort.

Pourtant : pour parler de Gaillard - qui est la commune dans laquelle je suis adjointe en charge de la politique de la Ville :

- c'est 111 nationalités, de fonctionnaires internationaux aux salaires élevés aux sans-papiers africains, des réfugiés économiques du sud de l'Europe aux Roms...
- c'est le plus haut taux de RSA du département, avec une population qui change de 50% en 5 ans et une classe moyenne qui ne peut plus tenir (prix des logements, coût de la vie...) et qui s'installe plus loin. Ce qui a pour effet de fissurer le ciment social entre très pauvres et très riches ;
- ce sont des jeunes qui quittent leurs études parce qu'une mission Intérim en Suisse leur rapporte plus que le salaire de leur parents...
- c'est une crise du logement avec des aberrations. Pour exemple, en 1970 un ensemble de 460 studios ont été construits pour accueillir des étudiants : il devait y avoir une équivalence de diplômes avec les universités de Genève, mais la crise pétrolière de 73 a changé la donne et, de résidence privée de luxe pour étudiant, cet ensemble est devenu le lieu de premier accueil pour les familles les plus démunies, les personnes les plus fragiles...

Bref... c'est peut-être bien pourquoi nous avons un contrat Cucs d'agglomération et quatre communes ayant des quartiers politique de la ville avec notamment :

- une Zus (Annemasse),
- un Anru (Annemasse),
- une ZSP pour Gaillard Ambilly Annemasse,
- trois RSS Gaillard Annemasse Ville-la-Grand,
- deux PRE Gaillard Annemasse,

... et un Atelier santé ville dont les différents travaux dépassent les quartiers fragiles pour étendre ces questionnements à l'ensemble de l'agglomération. A noter quand même que toute la dynamique que je vais vous décliner se réalise sans un « coordonnateur santé » financé à ce titre. C'est la technicienne référente politique de la ville de l'agglomération qui fait ce travail, avec un mi-temps de coordination de l'ASV pris en charge intégralement par Annemasse Agglomération. Nous travaillons d'ailleurs avec un budget fléché relativement petit sur les actions que nous menons : les subventions perçues de l'Acse pour les actions de santé étaient de 13 000 € en 2013.

Par contre, nous avons une politique ancienne et engagée de soutien aux associations et un dispositif ayant trait à la santé ou à la prévention (équipe psycho-mobile, CCARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues), CSAPA (Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie)...) qui lui dépend du budget politique de la ville et du budget actions sociales de l'agglomération. L'engagement financier d'Annemasse Agglomération dans le soutien d'associations et dispositif s'élève à 150 000€.

L'autre point sur lequel je veux insister, c'est sur notre méthodologie. Nous avons la chance d'être une agglomération à taille humaine où il est facile de mobiliser les acteurs institutionnels et associatifs. Ces acteurs sont impliqués et toujours partie prenante pour réfléchir sur les enjeux communs et agir en articulation. Les élus référents sont présents et impliqués à chaque étape du travail. Ainsi, les Ateliers santé ville ne se sont pas décrétés, ils sont issus d'une habitude de travailler ensemble préalable. Ils ont existé avant même d'être nommés.

Autre exemple, c'est à partir de la création d'une équipe psycho-mobile et de la constitution de son comité de pilotage qu'est né le groupe de travail sur la santé mentale. Et c'est lui qui a impulsé des commissions de travail sur les questions de l'accès et le maintien dans le logement de personnes en souffrance psychique, et sur la mise en place d'un travail partenarial autour des situations complexes (avec une charte éthique) que nous avons pu officialiser un Conseil local en Santé Mentale. Conseil qui nous permet maintenant d'aller plus loin, plus officiellement sur l'implication de la psychiatrie publique, en la poussant à optimiser une vraie politique de secteur.

C'est cet aller-retour entre les deux niveaux et la prise en compte des difficultés repérées sur le terrain par tous les acteurs qui nous permet de formuler de nouveaux axes (par exemple : un groupe est en train de se constituer pour associer CMP-PRE et crèches pour imaginer des accueils et des places spécifiques pour prendre en compte les fragilités psychiques soit des mères soit des enfants).

Les deux autres axes de travail des Ateliers santé ville fonctionnent de la même façon :

- l'alimentation : partie d'une enquête sur l'obésité sur deux écoles primaires, cette action se décline sur des associations qui ont proposé des pique-niques culturels et qui sont en train de rédiger un livre de recettes de cuisine de tous pays. Deux remarques : tout d'abord, cette action est la seule qui fait directement appel aux habitants (les autres s'appuient sur des représentants : l'association Unafam par exemple). Ensuite, ce livre sera présenté dans une action agglomération qui est menée par l'office du tourisme et qui valorise la gastronomie locale.
- la mise en place d'une consultation de la Pass (Permanence d'accès aux soins de santé). Au départ de l'hôpital public qui s'est déplacé hors de l'agglomération, il nous a semblé indispensable de pouvoir ouvrir une consultation délocalisée. Nous avons donc impulsé un groupe de travail où se côtoient acteurs du privé (clinique localisée dans l'agglomération) et le secteur public, la CPAM, les CCAS et l'association d'accueil de jour (dont les postes de travailleurs sociaux sont pris en charge par l'agglomération) et celle d'hébergements d'urgence.

Deux remarques là encore : malgré ce travail de cohérence et de facilitation, parfois, des blocages structurels empêchent de mettre en place des solutions simples pourtant réfléchies avec l'ensemble des partenaires (exemple de la fiche navette avec la CPAM pour simplifier le dossier d'ouverture des droits). Nous réfléchissons aussi à la prise en compte de la « bobologie » qui ne peut plus trouver dans l'accueil des urgences (public : trop loin ; privé : pas rentable...) l'exutoire non approprié mais réel à leurs problèmes de santé. Nous naviguons entre différentes définitions : maison pluridisciplinaire, maison de garde, centre de soins de proximité... dispensaire ?

C'est aussi cette réalité qui nous pousse à envisager la signature d'un contrat local de santé avec l'ARS. Là encore, c'est avec toute la force inter-partenaire et toute la légitimité que nous donne l'expérience et cette pratique que nous négocions avec l'ARS, pour qu'elle pérennise les financements existants, qu'elle nous associe véritablement à toutes les réflexions et les projets menés sur notre territoire, afin que l'expertise que nous avons développé soit au service d'un développement cohérent sur l'agglomération. Merci de votre écoute.

Marianne AUFFRET, *Animatrice de la table ronde, Adjointe au maire, chargée de la santé, Mairie du 14^e arrondissement de Paris*

Peut-être M. FELTZ, au regard des deux contrats locaux de santé signés chez vous, pouvez-vous nous en dire plus sur cette question de négociation avec l'ARS, de l'implication des partenaires et des financements ?

Alexandre FELTZ, *Vice-président de la Cus, Conseiller municipal délégué à la santé, ville de Strasbourg*

Dans nos contrats locaux de santé, l'ARS met des moyens spécifiques dans des actions novatrices, c'est-à-dire qu'elle a gardé ce qu'elle faisait, et en plus, elle promeut des actions nouvelles dont je viens de donner deux exemples. Le régime local d'assurance maladie est très impliqué dans les questions de prévention et met également des moyens supplémentaires. La Préfecture est également présente, dans ses différentes déclinaisons (DDCS, délégués du Préfet). Les moyens de l'Acse ont été inscrits - j'espère que cela va les sauvegarder - dans le contrat local de santé de Strasbourg sur les trois ans du contrat. Ces moyens sont majoritairement fléchés sur la coordination, y compris pour les coordinateurs Ateliers santé ville. Nous gardons les moyens financiers du contrat local de santé pour la réalisation d'actions novatrices.

Ainsi, ces moyens financiers de l'Acse figurent dans le contrat local de santé sur les trois ans du contrat, c'est ce que le Préfet a mis dans la corbeille. Il y a une incitation à signer des contrats locaux de santé, mais s'il n'y a rien dans la corbeille, ce n'est pas possible. Si on fait un contrat, chacun doit apporter quelque chose : les collectivités à leur hauteur, le Préfet avec la DRJSCS, la DDCS et bien sûr la politique de la ville. Avec ces moyens-là, la contractualisation permet ainsi d'avoir des niveaux d'action qu'on ne pourrait pas avoir autrement. Comme vous l'avez très bien souligné en introduction, notamment sur la question de la prévention, quand on met 1€ dans la prévention, on en met 1000€ sur le soin, donc il n'y a pas suffisamment de moyens. Mais si chacun met des éléments, on arrive à des masses financières assez considérables qui permettent d'avoir des leviers importants.

Au sujet des démarches ascendantes et/ou descendantes, nous sommes dans les deux. Nous sommes quelque part dans le descendant dans le cadre des contrats locaux de santé, et avec l'Atelier santé ville, nous sommes dans l'ascendant. Heureusement, de temps en temps, on se retrouve, avec des actions globalisées et aussi des actions plus spécifiques à chaque quartier, ce que nous respectons. Il y a ces allers-retours entre les deux qui le permettent. Nous avons trouvé cet équilibre.

Mais comme vous, nous sommes inquiets de ce qui pourrait arriver maintenant. Quand on parle de contrat de ville, est-ce que ça veut dire qu'il n'y aurait plus d'Atelier santé ville, plus de CLS, qu'on choisirait les villes les plus pauvres ? Je ne sais pas si on est assez pauvre : on a beaucoup de personnes pauvres, mais on en a peut-être pas suffisamment ...

Ou bien - ce qui peut être alors intéressant - si c'est un contrat de ville pour que le territoire de la ville devienne celui de l'Atelier santé ville et que, dans cette animation là, on trouve les moyens, en tant que collectivité, de travailler dans les poches de précarité, et, comme à Brest par exemple, de travailler de façon globale, cela redonnerait une souplesse dans l'action qui n'existe pas aujourd'hui parce qu'on évolue dans un zonage très précis.

Si l'on va vers un zonage encore plus précis, comme dans les Cucs expérimentaux, il est certain qu'on sera en très grande difficulté pour réduire les inégalités sociales de santé qui sont majeures et s'aggravent. Il y a en ce moment un élément d'attention au niveau politique pour qu'on puisse garder ces synergies entre les différents dispositifs et échelons, afin de garder l'animation territoriale, le contact avec les usagers, les citoyens, la santé communautaire, que l'on a dans les Ateliers santé

ville, en l'articulant avec une organisation territoriale dans le cadre des CLS. Si on arrive à faire cela, on peut être efficace, sinon on est en grand danger.

Marianne AUFFRET, Animatrice de la table ronde, Adjointe au maire, chargée de la santé, Mairie du 14^e arrondissement de Paris

Est-ce que l'une ou l'autre souhaite intervenir avant de donner la parole à la salle ? Nous avons souhaité limiter notre intervention à dix minutes, car tout le monde pensait que, comme nous étions des élus, nous allions faire un discours fleuve et vous voyez que nous sommes très disciplinés ! Cela nous permet d'avoir vraiment du temps pour discuter ensemble. Nous pouvons également dévier du sujet : l'idée étant d'essayer peut-être de trouver ensemble ces fameuses lignes de crêtes du pourquoi on passe l'après-midi ensemble à parler de contractualisation.

[Echanges avec la salle

De la salle

M.FELTZ, cette question s'adresse à vous. Vous disiez que le CLS était une démarche descendante, l'ASV une démarche ascendante. Sur quelles bases avez-vous élaboré votre CLS ? On a l'impression qu'il y a deux entités différentes alors qu'en général les deux sont liées.

Alexandre FELTZ, *Vice-président de la Cus, Conseiller municipal délégué à la santé, ville de Strasbourg*

Si vous avez entendu cela, c'est que je me suis mal exprimé. Quand je dis que le CLS est descendant, c'est plus institutionnel. Dans une agglomération de 500 000 habitants, l'accès à la population dans les éléments de décision est un peu plus compliqué que lorsqu'on est dans une ville de 10 000 ou 20 000 habitants. Dans le cadre du CLS, nous avons travaillé avec tous les partenaires, mais on n'a pas été jusqu'à la réunion de quartier pour définir les grands objectifs. Par contre, ce sont les mêmes services, les mêmes élus autour de ces questions, qui ont été à l'écoute de la population au travers notamment des ateliers territoriaux de partenaires, des comités de suivi, des comités d'orientation, des Ateliers santé ville. À chaque fois, des diagnostics locaux sont réalisés, sur chaque quartier, avec l'identification de thématiques prioritaires définies par les associations, les citoyens, les différentes personnes dans la proximité. Cela nous a nourri, politiques et institutionnels. Souvent, mes collègues élus locaux d'autres régions me rapportent que leurs ARS propose simplement de contractualiser en déclinant ses priorités régionales sur leurs territoires.

Sur la ville de Strasbourg et sa communauté urbaine, le diagnostic réalisé en lien avec le plan santé débuté dès 2008 et les diagnostics de proximité réalisés notamment par les ASV nous ont permis de trouver un point d'équilibre entre la priorité régionale de l'ARS et les priorités des territoires.

Le contrat avec l'ARS est un aller-retour. Nos équipes opérationnelles se réunissent pour que les actions prioritaires soient partagées entre les institutions, la ville, et dans le cadre de la politique de la ville. Ce que vous avez pu imaginer comme quelque chose de cloisonné ne l'est pas. Il ne l'est pas non plus dans les services parce qu'on a un coordinateur Atelier santé ville dédié et une autre personne qui travaille pour moitié pour les Ateliers santé ville et pour moitié pour le CLS. Ce qui est vraiment intéressant, puisque pour partie, cette personne est en rapport avec

l'institutionnel sur les priorités, et pour l'autre, elle est à l'écoute du terrain, de la réalité avec les acteurs. La politique est aussi importante dans le portage. Nous avons des adjoints de quartiers, les directions de proximité qui font aussi le retour dans le cadre des comités de suivi territorial de ces éléments. Cela marche vraiment dans les deux sens. C'est ce dynamisme qui permet d'avoir les leviers financiers du CLS avec l'organisation, l'animation et la proximité des Ateliers santé ville.

Marianne AUFFRET, *Animatrice de la table ronde, Adjointe au maire, chargée de la santé, Mairie du 14^e arrondissement de Paris*

Je blague autour de « top down – bottom up » mais c'est une vraie question. Globalement, les politiques de prévention sont souvent très descendantes. Il existe environ 25 plans nationaux actifs actuellement : cancer, autisme, nutrition, etc. Je vous laisse imaginer combien il y en a eu au cours des trente dernières années. La majorité des crédits de prévention qui représente 2,4 % seulement de la dépense courante de santé en France concerne des politiques descendantes. Je blaguais à propos de la voix qui disait de manger des brocolis, mais réellement ça ne fonctionne pas. Même si 2,4 % semblent peu, cela représente environ cinq milliards d'euros. Une fois que nous avons ces plans descendants, comment fait-on pour les articuler au niveau du territoire, pour les gens ouvrent leurs oreilles et arrivent à en faire quelque chose ? À chaque fois, cela a été une problématique importante. A Paris, on a plusieurs ASV, sur plusieurs arrondissements et cette question s'est posée de manière très conflictuelle. Nous étions contents d'avoir pour la première fois quelque chose sous la main de descendant et qui s'adaptait impeccablement au territoire ascendant. Nous avions pour la première fois un outil un peu précis qui était à l'écoute des territoires et faisait remonter les priorités. Un beau jour, la ville de Paris, notre centralisateur personnel, nous a dit que c'était terminé et qu'il n'y avait que quatre priorités. Nous étions étonnés, même si les ASV avaient à peu près les mêmes - personne n'avait inventé l'eau tiède. Cependant, nous nous retrouvions tout à coup dans un conflit ascendant descendant. Comme nous sommes des grands politiques, nous avons décidé de ni monter ni descendre, mais nous n'arrivions pas à respecter ce qui est l'essence de l'Atelier santé ville qui était de partir du besoin du territoire pour élaborer une politique.

Nathalie MAGNIN, Adjointe au maire en charge de la politique de la Ville, Gaillard, et élue référente des ASV pour l'agglomération d'Annamasse en Rhône-Alpes

Je pense que les Ateliers santé ville sont des espaces de respiration et de pensée pour les associations, où elles se retrouvent avec l'idée d'avoir la liberté d'imaginer quelque chose. C'est le centre du projet et du travail qu'il me semble judicieux de garder. Le contrat local de santé ne doit pas venir expliquer ou empêcher cette liberté, mais donner peut-être un chapeau aux choses, qu'il faut négocier pied à pied. Nous ne sommes pas là pour appliquer des contraintes du plan régional de santé à la lettre si cela ne correspond pas à notre secteur. Nous ne sommes pas là pour donner une expertise et attendre que quelqu'un nous dise quoi faire. Ce contrat local de santé doit être un partenariat où l'ARS considère l'agglomération comme un partenaire sur le territoire, en pérennisant les choses déjà posées et en apportant du nouveau, du plus, du différent, du mieux.

Annie CORBIAT, Responsable Praps, ARS de Franche-Comté

Je voulais vous remercier pour ces quatre interventions. Je viens d'une ARS et depuis ce matin nous avons eu beaucoup de débat : on a parlé d'évaluation, d'un regard sur les inégalités sociales et territoriales de santé. Je trouve que vous quatre avez donné une vision en un temps très court de ce que sont ces inégalités sur notre territoire. Vous, Mme MAGNIN, vous avez expliqué qu'on tentait de faire arriver ces personnes en milieu rural avec beaucoup de difficultés. L'histoire des dentistes pour une zone frontalière, quand ces professionnels s'installent, que des indicateurs ne font pas apparaître la réalité du terrain. Oui, il y a l'Acisé. Oui, il y a la proximité, mais cela n'y est pas. Mme LE GOIC, vous avez expliqué qu'à Brest, en réussissant le pari de laisser la mixité au sein des quartiers, on a peur de ne plus toucher ces populations précaires puisqu'il y a des problèmes de financement. Comment faire s'il ne faut cibler que des quartiers prioritaires ? Vous, M. FELTZ, vous avez expliqué comment une grande ville, un peu comme Besançon, a gardé une politique de santé, et avec autour une agglomération - qui n'a pas encore la mission santé mais qui réfléchit sur l'organisation de deux CLS qui se complètent. Et vous, Mme AUFFRET, votre expérience sur Paris. Je trouve que quand on est en ARS, on doit avoir une vision régionale et on doit intégrer ces spécificités. Je souhaiterais qu'à la fin de la journée, la vision nationale intègre aussi toute cette vision avec ces spécificités que vous avez su si bien décrire en dix minutes.

Chantal MANNONI, Médecin de santé publique

Je trouve l'approche de M. FELTZ très intéressante parce qu'on voit que cela marche et que cela peut fonctionner dans la négociation entre les deux politiques. Est-ce que vous pouvez creuser tout ce que vous avez mis dans la négociation pour arriver à ce que les acteurs représentant la politique de santé ou de la ville puissent trouver un point d'accord, au-delà de l'histoire de Strasbourg qui a été un terreau fertile ?

Alexandre FELTZ, Vice-président de la Cus, Conseiller municipal délégué à la santé, ville de Strasbourg

Comme toujours en politique, c'est un rapport de force. Nous sommes une ville qui représente le quart du département et la communauté urbaine la moitié du département, nous avons du poids et c'est un élément dans la négociation. Ensuite, le CLS est encore dans une phase non aboutie. Tout d'abord, nous avons des actions innovantes négociées avec les différents acteurs. L'ARS est consciente de la plus-value qu'elle peut en tirer : nous avons le lien avec les acteurs et les politiques locaux, « les effecteurs », ce qu'elle n'a pas. L'ARS peut dire qu'il est important que les gens souffrant de maladies chroniques aient une activité physique. Mais elle est incapable de l'organiser dans la proximité. Le deuxième point, c'est que nous sommes dans une période où les moyens dédiés à la prévention sont très faibles et la synergie qu'on peut apporter est essentielle. Vous étiez sans doute dans un groupement régional de santé publique (GRSP), on se rendait compte qu'il existait de multiples structures, associations avec des tas d'actions remarquables, mais vous saviez bien la difficulté insurmontable pour ces associations de pouvoir modifier les indicateurs de santé publique. Nous travaillons avec les associations, mais la force du CLS est que nous sommes dans des logiques territoriales qui combinent coordination interinstitutionnelle avec des moyens de proximité, des logiques d'associations et de structures.

Nous avons par exemple fait « Sport santé sur ordonnance ». Nous savons que l'activité physique est bonne pour la santé, c'est le meilleur médicament du monde. Pour le diabète, c'est bien efficace que tous les médicaments qui existent. Mais les plus précaires ne bougent plus. Les inégalités se situent aussi dans la question de la sédentarité. Les « bobos » ont bien compris, ils font tout en vélo, bougent tout le temps, mais les gens des quartiers, pour plusieurs raisons que je ne vais pas développer là, eux ils n'ont pas les moyens de le mettre en œuvre. Nous nous sommes donc demandé

comment nous allons organiser cela. Nous nous sommes mis d'accord avec l'ARS qui paie l'évaluation, le régime local d'assurance maladie qui s'engage sur les actions, le CHU qui va signer le contrat local de santé et met à disposition 0,10 ETP de coordinateur médical, la Direction régionale de la jeunesse et des sports, cohésion sociale paie les clubs sportifs effecteurs, puisque le Préfet a signé le CLS, et la ville a mis en place un éducateur sportif « sport et santé ».

Nous avons décidé ensemble que c'était une priorité. Nous avons ensuite décidé de le prescrire comme un médicament. L'éducateur voit les personnes et leur trouve l'activité physique la plus adaptée et essaie dans l'histoire de la personne notamment des plus précaires, de voir ce qui pourrait les amener à bouger un peu. Le constat est que nous avons plus de 60 % de gens au chômage, au RSA qui n'auraient jamais pensé à faire du sport.

La gratuité est possible parce que chacun met au pot ! La gratuité est un élément fondamental pour réduire les inégalités sociales de santé. Mais si nous n'avions pas les moyens financiers mutualisés du CLS et les ASV pour faire l'animation sur le territoire, nous n'y arriverions pas.

Marianne AUFFRET, Animatrice de la table ronde, Adjointe au maire, chargée de la santé, Mairie du 14^e arrondissement de Paris

M. FELTZ parle toujours des choses qui vont bien parce qu'il pense qu'il a des électeurs dans la salle. Ça ne se passe pas toujours si facilement. Julie LE GOIC voulait ajouter quelque chose.

Julie LE GOIC, Adjointe au maire déléguée à la santé de la ville de Brest

La question de la contractualisation est complexe, pas aussi positive que le présente M. FELTZ. Tout d'abord, depuis tout à l'heure, M. FELTZ parle de l'ARS. Je fais partie du réseau des villes OMS en France et à Brest et nous avons constaté qu'il y a « des » ARS. Toutes n'ont pas travaillé le lien avec les territoires de la même façon, et cette disparité a été largement renforcée par l'absence de cadrage politique autour de la signature des contrats locaux de santé. Ainsi, sur nos territoires, nous n'avons pas eu les mêmes propositions.

J'ai rencontré l'ARS en 2010 quand ils nous ont parlé de ces contrats locaux de santé et que quand on grattait, on se rendait compte que les pauvres directeurs de santé publique n'avaient pas la moindre idée de ce qu'ils allaient mettre

derrière. J'ai donc rencontré ce monsieur qui m'a expliqué, en toute sincérité, que pour lui, le contrat consistait à prendre les priorités régionales, à les appliquer à une ville et à travailler tous ensemble à mettre en place ces priorités. Le cabinet du maire a dit non parce que tout d'abord, nous ne nous étions pas fait suer à faire des diagnostics territorialisés de quartier pour qu'on nous dise de partager avec les habitants, mais quand il faut mettre de l'argent, nos données ne leur convenaient pas. Ainsi, il nous a été demandé des diagnostics locaux puis nous nous sommes retrouvés avec des diagnostics régionaux ou nationaux imposés comme base de dialogue pour la contractualisation... Quelle reconnaissance du travail sur le terrain ? Quelle pertinence par rapport aux besoins locaux et aux remontées de habitants ?!

Nous avons identifié un deuxième problème qui est que les villes, comme Brest, où la politique de santé est basée sur l'innovation, l'expérimentation et le travail avec les habitants, ne rentrent pas dans la cadre d'un CLS qui va vous donner des axes prioritaires que vous mettez en place et qui n'est pas ce qui ressort. Et vous ne pouvez plus le faire financer. L'ARS ne peut pas vous financer des dispositifs annexes puisqu'elle finance déjà le CLS. Nous avons fait le calcul et nous perdions des aides, le droit à l'expérimentation et à l'innovation en signant ce contrat. De plus, nous nous retrouvions avec la compétence locale de mettre en place une politique qui n'était pas la nôtre. Bien que nous ayons alors trois années de financements garantis, nous avons trouvé que dans la balance, cela ne le faisait pas.

Au-delà de la technique, je vais prendre maintenant la casquette politique : un élu a besoin de visibilité. Cela fait quatre ans qu'on nous demande de mettre en place des Ateliers santé ville. Or nous n'avons aucune visibilité sur ce qu'ils vont devenir demain. Cela fait deux ans qu'on nous parle des CLS, et aujourd'hui des contrats de ville. Comment voulez-vous qu'une collectivité territoriale s'engage sur un projet sans visibilité ? Nous sommes inquiets et il est hors de question de nous engager sur des CLS sans garantie, sans un vrai travail partenarial et pas des injonctions régionales d'agir à la place de. Les villes n'ont pas de compétence obligatoire en matière de santé, nous sommes là pour faire du lien avec les habitants, du politique, nous ne sommes certainement pas des micro-agences locales de santé et nous n'avons pas vocation à le devenir.

Nathalie MAGNIN, Adjointe au maire en charge de la politique de la Ville, Gaillard, et élue référente des ASV pour l'agglomération d'Annemasse en Rhône-Alpes

J'ajouterais qu'il y a « des » ARS, mais il y a aussi « des » élus. Le problème de la politique de la ville, du développement durable ou de la santé est que cela doit être transversal. Alors, nous devons aussi jongler avec nos collègues qui disent que PRE c'est scolaire, ZSP c'est sécurité... : tu restes à ta place. Je suis « politique de la ville et développement durable », on me rappelle sans arrêt que cela ne fait pas partie de mon domaine, sauf que c'est quand même un peu du mien. Et la santé, c'est vraiment cela. Quand je parle à mon collègue en charge de l'urbanisme du quartier qu'il est en train de construire et que je lui demande s'il a pensé, au-delà de l'équipement basic crèche-école, à la notion de santé, de bien-être, il me répond qu'on ne va pas lui demander d'y penser en plus de tout le reste. A cela s'ajoute la question de « la santé, c'est quoi ? », en dehors de la maladie, et c'est aussi un des paradoxes. Voilà, il y a des ARS et aussi des élus avec leurs prérogatives et parfois, on les bouscule un peu.

Marianne AUFFRET, Animatrice de la table ronde, Adjointe au maire, chargée de la santé, Mairie du 14^e arrondissement de Paris

Je vois des Parisiennes dans la salle. J'aimerais que vous parliez de votre ville. Nous déployons devant vous l'existant, mais nous savons tous ici que nous sommes dans un moment charnière, de basculement vers on ne sait pas encore quoi. On pourrait évoquer l'avenir même si on ne connaît pas le dispositif qui succèdera à celui-là. Que pourrait-on améliorer ? Car après tout, on ne peut pas prendre toutes les réformes comme nous atteignant nécessairement de façon négative. À quel point, nous, de façon ascendante, nous pourrions aider le ministre qui va arriver tout à l'heure, à construire une politique de santé au sein d'un territoire ?

Nadia LAFKIHI, Coordinatrice Atelier santé ville, Evry

Vous parlez de l'ARS, des villes, il faut que tout ce monde travaille ensemble. Vous dites qu'il y a une histoire autour de la question de la santé. On la sent, puisqu'il semble naturel et aisé pour tout ce beau monde de travailler ensemble. Mais pour les territoires où il n'y a pas une démarche santé ancienne, ancrée dans les mentalités, c'est dur. C'est un véritable combat. Si l'ARS, la préfecture, la ville et l'agglomération ne savent pas travailler ensemble, comment voulez-vous que nous, acteurs de terrain, incitions

ou travaillions à votre place pour vous obliger à travailler ensemble ? Vous savez que les CLS, la première génération, ont été une vraie blague pour beaucoup de gens. Il y a des textes, certes. Mais c'est autre chose d'y travailler. Les pauvres DT sur la région parisienne, balancés pour des gens qu'on a remis sur les départements au niveau des ARS, on leur a demandé de mettre en place des CLS avant fin 2011. Cela a été la précipitation, la course au CLS sans savoir ce qu'on allait mettre dedans, sans même savoir comment faire. On a donc bidouillé en prenant des priorités régionales. Qu'advenait-il des diagnostics territoriaux ? Rien, on ne les a pas pris en compte. Les ASV ont bossé, on a produit des diagnostics partagés, on a mobilisé des associations, des structures qui travaillent depuis longtemps pour les populations. Qu'a-t-on fait de leurs travaux ? Rien. On s'est engagé uniquement symboliquement sur des CLS première génération à partir de priorités régionales, avec zéro centime en plus. Le CLS ne vaut rien ! Comment voulez-vous qu'on s'engage après sur les nouvelles générations ? On a mobilisé en disant que le CLS allait permettre de mettre en application et d'organiser ce sur quoi on travaille depuis longtemps. Nous mêmes nous étions convaincus. On a tous déchanté à la première génération et on va devoir ramer pour mobiliser par la suite.

Nathalie CHRISTOL-JEGOU, Coordinatrice Atelier santé ville, Montreuil

Les CLS ont pu être réalisés pour certains plus ou moins rapidement, mais comme on disait qu'il y avait des ARS différentes, il y a aussi des DT différentes au sein de la même région. Je suis dans le 93 et on voit une hétérogénéité des contrats locaux de santé au niveau des différents départements d'Ile-de-France. En ce qui concerne le département de la Seine-Saint-Denis, il y a un accompagnement historique du centre de ressources politique de la ville sur les Ateliers santé ville. Avant la mise en place des contrats locaux de santé, il y avait eu mobilisation des villes, des collectivités territoriales sur les réflexions de plans locaux de santé publique en amont. Je pense qu'il y a une hétérogénéité en Ile-de-France où les diagnostics ont été plus ou moins pris en compte selon les territoires.

Didier FEBVREL, Médecin territorial, Marseille

Je rajouterais qu'en PACA c'est la même chose. Nous avons une ARS Bouches-du-Rhône qui est aussi une DT fabuleuse dans la manière dont elle travaille en partenariat depuis très longtemps. La seule chose est que l'État a abandonné les

DT. Nous avons créé les ARS, mais mis très peu de personnes pour l'animation territoriale.

Finalement, avec les Ateliers santé ville, nous avons gagné que les villes se sentent concernées par la question de la santé. C'est extrêmement important. Nous avons gagné sur le plan promotion, prévention et probablement sur la question des déterminants. Il va falloir s'occuper maintenant de gagner sur le soin et probablement sur le médico-social. Ce n'est pas encore gagné parce que nous voyons bien notamment dans les ARS que, si du côté de la prévention et de la promotion de la santé, nous avons des agents habitués à travailler ensemble, aux partenariats, c'est à dire aux logiciels de base de la santé publique et de la promotion de la santé, en revanche, dans les ARS sont venues des personnes venant des Urcam, des agences régionales des hospitalisations, etc., et du coup, la culture de partenariat, là aussi, il va falloir gagner des choses...

Et le fait que des élus locaux soient là, à dire comment ils pensent que les contrats locaux de santé ne devraient pas être, c'est à dire dans le descendant en partant des priorités régionales, mais qu'on est bien dans une négociation. Nous sommes en train de rediscuter avec l'ARS et la ville de Marseille le CLS et l'enjeu est de laisser ou pas à la ville même égalité de discussion et de négociation sur les questions stratégiques, de comment on va monter une politique publique en matière de santé à l'échelle de la ville de Marseille. Ce n'est pas gagné à tous les niveaux, notamment sur le soin. Ceci étant, il est vrai que l'élue à la santé de la ville de Marseille est impliquée dans les questions de prévention, mais dès qu'on touche à l'assistance publique des hôpitaux de Marseille, ça change d'endroit. Il y a donc aussi, à l'intérieur de l'organisation municipale, les questions et les difficultés d'intersectorialité qui entrent en jeu.

Nathalie MAGNIN, Adjointe au maire en charge de la politique de la Ville, Gaillard, et élue référente des ASV pour l'agglomération d'Annemasse en Rhône-Alpes
Pour répondre à la personne qui disait que les contrats locaux de santé étaient tombés comme cela, vides de sens. L'avantage de la Haute-Savoie est d'être proche de la Suisse, donc nous allons lentement : nous ne l'avons pas signé. La question des Ateliers santé ville est la question du sens qu'on veut donner à l'action et c'est surtout de ne pas essayer de répondre à des questions qu'on ne nous a pas posées, et de laisser émerger les questions.

C'est la même chose pour les appels à projets : dès qu'il y en a qui sort, on a tendance à vouloir voir ce qu'on peut faire. Nous avons fait l'inverse sur notre secteur : on se demande ce qu'on construit véritablement et si un appel à projets correspond, on y va. Le projet est construit en tant que tel et indépendamment de la boîte dans laquelle on pourrait le mettre. C'est pour cela que le contrat local de santé a peut-être du sens maintenant, de là où on est en est nous dans les Ateliers santé ville ; encore faut-il le négocier et l'argumenter pour que nous soyons un vrai partenaire. C'est la même chose que ces périodes où il y a des appels à projet, mais on n'a rien dedans. Non, on construit notre projet, il a du sens, et après on voit si on peut aller capter quelque chose en terme d'appel à projet pour conserver le sens profond. Et c'est aussi ça les Ateliers santé ville, donner du temps. On est tous pris dans un tourbillon où il faut répondre vite, donner des chiffres. Pour les Ateliers santé ville, nous avons travaillé tranquillement, au rythme où les questions se posent et de comment elles se posent par rapport aux habitants.

Marianne AUFFRET, Animatrice de la table ronde, Adjointe au maire, chargée de la santé, Mairie du 14^e arrondissement de Paris

En dix ans, nous avons connu de nombreuses réformes de l'organisation du système de santé. On se retrouve à faire une liste de tout ce qu'il faut changer et notamment le paradigme qui a supposé le fait que nous sommes passés à la commande publique. Peut-être qu'il serait intéressant de comparer la démarche de la contractualisation où nous sommes partenaires et on met tous quelque chose dans le panier de la mariée, et le recours à une profusion d'appels à projets qui a parfois produit des choses étranges qui ne correspondaient pas toujours à la logique du territoire ? Les ARS datent de 2010, les ASV de 2000, laisse-t-on le temps aux choses pour se mettre en place ?

Nathalie CHRISTOL-JEGOU, Coordinatrice Atelier santé ville, Montreuil

Quand on dit il y a des DT et des ARS, il y avait aussi à la mise en place des ASV « des » ASV et il a fallu construire une méthodologie commune. Nous avons désormais un socle commun des Ateliers santé ville, la circulaire était assez généraliste à la mise en place. Il y a peut-être cet enjeu aujourd'hui sur les CLS, avec les CLS de préfiguration qui ont été élaborés et le passage aux CLS deuxième génération, avec ce recul du socle commun d'interprétation de la loi qui peut être différent d'une ARS, d'une DT à l'autre de mise en œuvre. L'enjeu de ces journées est peut-être de

créer un socle commun a minima sur ce que doivent être les CLS et comment ils doivent être élaborés.

Jérémy VERDIERE, *Chargé de mission, mairie de Rouen*
Force est de constater aujourd'hui que nous avons des élus qui ont la technicité de nous, techniciens dans l'assemblée. Avec les élections municipales de 2014, comment vous élus pourrez-vous communiquer aux autres élus, entre pairs, pour nous faciliter la vie à nous, techniciens, de reprendre notre bâton de pèlerin pour convaincre, avec une certaine pédagogie que nous n'avons pas, puisque nous ne sommes pas élus ?

Julie LE GOIC, *Adjointe au maire déléguée à la santé de la ville de Brest*

Sur ces questions de partage avec les autres élus, j'ai été confrontée aux mêmes questions au début : c'est mon mandat, mon territoire... toute cette complexité avec l'insécurité du mandat qui vient. Qui forme-t-on ? Les gens de l'opposition ou de la majorité en espérant qu'ils repassent ? Sur Brest, la question ne se pose pas vraiment parce qu'on n'a pas vraiment d'opposition. Une des façons de former les collègues élus pour qu'ils appréhendent mieux ce que sont ces dispositifs de santé, a été pour moi de passer par les dispositifs transversaux, comme notre Conseil local de santé mentale, qui est un des axes de l'ASV. Je le pilote et comme j'ai été confrontée en permanence à ces questions de barrières de délégation, j'ai proposé le copilotage à quatre autres élus de façon à ce qu'eux aussi soient les mains dans le cambouis pour essayer de répondre aux questions transversales posées par le Conseil local de santé mentale : logement, l'action sociale, le handicap, la sécurité... et demain petite enfance ou sport. Comme ils sont pilotes de commission, ils sont impliqués. On a ensuite été confronté à tellement de difficultés qu'on a dû élargir encore, depuis quatre ans, en partageant trois ou quatre fois par an avec l'ensemble des élus la question de ce dispositif. C'est de l'expérimentation permanente. La sensibilisation aux questions de santé se fait ainsi par «immersion» en quelque sorte et dépasse largement le cadre d'une petite délégation. Aujourd'hui, tous les élus savent ce qu'est le CLS, le Cucs, l'ASV, le fonctionnement et j'espère que le suivant aura retenu la question. On ne peut jamais garantir l'information, on peut faire l'effort de partager régulièrement au sein d'une majorité pour espérer que cela reste.

Marianne AUFFRET, *Animatrice de la table ronde, Adjointe au maire, chargée de la santé, Mairie du 14^e arrondissement de Paris*

Dans le 14^e, nous avons organisé en collaboration avec le Psycom qui regroupe les cinq établissements de santé mentale de Paris, la formation des élus sur les thématiques de santé mentale. Nous avons organisé deux demi-journées de formation. Il a fallu que je les harcèle pour qu'ils viennent, mais le principe même des élections est d'organiser la rupture du service public.

C'est la merveille de la démocratie. Pour l'instant, les personnes de ma mairie sont sensibilisées, ceux qui arriveront derrière feront peut-être des ruptures fonctionnelles, philosophiques. Il est très difficile d'organiser un passage technique et philosophique avec les élus qui nous succèderont. Il vaut donc mieux revoter pour moi !

Nathalie GIRARD, *Coordinatrice Atelier santé ville, Vannes*

Depuis hier, on évoque cette transversalité, aller au plus près du public, les inégalités de santé. Je pense qu'il serait intéressant qu'on entende pour maintenir notre motivation et qu'on continue à œuvrer comme ça, qu'au plus haut – nous avons la chance d'avoir un ministre qui va venir nous voir – on sent que c'est porté très fort, que le but de tous est de réduire les inégalités de santé, de prendre en compte la précarité et ce que notre société engendre comme précarité, qu'on accepte au ministère du Travail de recevoir et d'associer les mouvements de chômeurs qui ont des choses à dire par rapport à la précarité et qu'on ne se contente pas que des syndicats qui représentent les travailleurs. Nous parlons de gens qui, pour la plupart, n'ont pas de travail. Il faudrait qu'au niveau du ministère de l'Agriculture, on s'aperçoive aussi qu'il y a des fonctionnements qui génèrent de la précarité et qu'on sente que ce soit un lien qui soit porté et qui montre notre légitimité à continuer à œuvrer dans le sens de limiter les inégalités.

Mounira MEHIRI, *Chargée de mission Santé Lien Social, délégation de la politique de la ville de la Mairie de Paris*

Je réponds à Marianne qui nous demandait de parler de Paris. Je travaille sur la coordination des Ateliers santé ville de Paris et sur leur montage. Ces ateliers ont la particularité d'être portés par des associations. On a développé sept Ateliers santé ville depuis 2008 à partir des caractéristiques de chaque territoire dans lesquels ils étaient implantés et depuis cinq ans, ces ateliers développent avec les habitants des territoires concernés, des projets adaptés et qui rentrent dans l'ensemble des prérogatives demandées par l'État et

l'ARS. Quand tu demandais ce qu'on pourrait dire à François LAMY quand il viendra, je pense qu'on pourrait lui dire qu'à Paris, il y a sept Ateliers santé ville qui fonctionnent de façon extrêmement satisfaisante, puisqu'on en arrive à ce que le central et un certain nombre de directions veulent se les arracher parce qu'ils voient qu'ils sont incontournable sur la ville. L'immobilisme est le seul mouvement qu'on pourrait avoir à Paris c'est-à-dire qu'ils restent comme ils sont. Quelles que soient les conditions prochaines, puisque Paris va certainement être touché par la réduction basée sur la géographie prioritaire, il faudrait que ces ateliers restent où ils ont commencé à travailler et où ils prouvent qu'ils sont utiles. On ne peut rien dire d'autre concernant Paris. S'il y a un contrat local de santé qui, pour le moment est à l'état de science-fiction, je ne vois pas en quoi cela remettrait en cause la façon dont travaillent les Ateliers santé ville.

Catherine RICHARD, *Administratrice de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville*

La Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville fonctionne depuis l'embauche de la coordinatrice, c'est-à-dire depuis presque un an. Aujourd'hui, il y a un sujet qui nous préoccupe et nous voyons bien que nous sommes dans une nouvelle réforme politique. Vous êtes des élus qui sont « réveillés », vous faites une politique, vous êtes convaincus, vous connaissez bien les démarches ou les stratégies pour arriver à toucher les publics que vous souhaitez sur le champ de la santé. Mme Le GOIC, vous parlez de stratégie, vous avez employé le Conseil local en santé mentale (CLSM) pour toucher d'autres adjoints de votre commune. Ce Conseil est un apport par la formation qu'elle propose aux élus, elle est pilotée pour le niveau national par le CCOMS santé mentale, qui fait un travail extraordinaire pour accompagner les élus à la création de ces conseils, travail fondamental préalable. Certains Ateliers santé ville sont articulés aux activités des CLSM et parfois les pilotent. Ce que je voudrais savoir, à la veille des élections municipales et quel que soit le mandat que vous aurez demain, comment d'après votre expérience sur les questions de santé, vous pouvez porter lors de votre campagne l'intérêt d'une approche de proximité, l'intérêt d'une formation et du bien-être des habitants ou des citoyens du fait de votre engagement sur cette thématique ?

Certes, l'État ou les ARS viennent vous chercher comme partenaire, il y a des contrats qui permettent de développer une politique ou des méthodes comme les conseils locaux en santé mentale, mais cette expérience, est-ce qu'elle s'arrête simplement parce que vous n'avez plus été élu ?

Où le fait que vous ayez un autre mandat vous permet-il d'être encore plus engagé sur ce qui vous semble important, dans le sens des effets que votre politique a produit ? Quand un élu ne veut pas faire une politique sur des besoins de santé, il ne fait pas. Nous l'avons vu pour les premières actions pour les personnes toxicomanes : les échanges de seringues, l'implantation des boutiques bas-seuil. Le poids que vous avez politiquement au niveau local est décisif, et quand ces actions se font, il est important de les poursuivre. Or, les coordinateurs ASV, qui sont souvent bien positionnés au sein de l'appareil municipal, ont parfois du mal à convaincre les élus, en dehors de vous quatre. Il y en a bien d'autres, bien sûr. L'association « Elus, santé publique & territoires » a aussi beaucoup de mal à mobiliser un certain nombre d'élus pour pouvoir réunir et porter la vision d'une politique locale de santé. Comment la santé pourrait-elle devenir un objet politique ? Comment le faire entendre, l'inscrire dans la continuité vu que les mandats des élus ont une durée limitée ?

Alexandre FELTZ, *Vice-président de la Cus, Conseiller municipal délégué à la santé, ville de Strasbourg*

C'est une question très compliquée. Je fais de la politique mais je ne suis pas dans un parti, je représente la société civile. Notre maire Roland RIES a décidé de façon volontariste qu'un tiers de sa liste serait composée des membres de la société civile non encartée. C'est cette volonté qui m'a permis de m'engager. Je me suis posé cette question par rapport à 2014 et aux élections municipales à venir : si je continue ou pas. Je suis aussi médecin généraliste, président de mon syndicat au niveau régional, je suis élu à l'Union régionale des médecins libéraux d'Alsace, j'ai donc de quoi m'occuper.

Je pense qu'il y a deux axes de réponse :

- *La première est le portage personnalisé de la politique. Ce qui est charmant dans la politique, c'est que cela est lié aux personnes. Ce qui est terrible dans la politique, c'est que c'est lié aux personnes ! Cela veut dire que pour arriver dans un champ qui n'est pas obligatoire, il faut qu'il y ait quelqu'un qui puisse le porter, c'est le politique. Vous avez dit tout à l'heure que vous galériez dans les Ateliers santé ville pour convaincre. Si vous avez un politique comme j'essaie de le faire avec Matthieu HILD, coordinateur ASV, avec qui nous allons voir chaque adjoint de quartier, qui ne soit pas thématique, on peut réussir... Si vous n'êtes pas aidés par un politique pour convaincre un autre politique, ça devient difficile. Ce portage est fondamental.*

• Le deuxième est que ce qu'on met en place de structurel, ce qu'on a mis en place dans le cadre de contrat peut perdurer. C'est vrai que le contrat local de santé va jusqu'en fin 2014. Si la gouvernance change, il y aura quand même une continuité. Il y aura des structures, des personnes, des moyens financiers, des actions, du bien-être pour la population, une visibilité politique qui n'existait pas et qui existe aujourd'hui sur la ville, sur les quartiers. On peut se dire que certains politiques pourront se saisir de ça. Je comprends que la contractualisation soit compliquée et je comprends mes collègues quand ils se mettent en retrait. C'est difficile de faire le choix politique de dire « j'engage un coordonnateur Atelier santé ville et peut-être qu'un jour l'Etat va se désengager » et ce sera très difficile. Mais si on ne fait pas ces actes politiques d'engagement dans la contractualisation, dans la non-précarisation des agents, c'est sûr que rien ne tiendra.

Intervenante, Coordinatrice d'une maison d'adolescents

J'entends que vous êtes médecin, que vous avez une profession en lien avec les questions de santé publique, je suis coordinatrice d'une maison des adolescents. On voit bien à quel point notre métier teinte la question des positionnements au niveau politique et des questions de santé.

Marianne AUFFRET, Animatrice de la table ronde, Adjointe au maire, chargée de la santé, Mairie du 14^e arrondissement de Paris

En ce qui me concerne, pas du tout. C'est mon mandat qui m'a donné l'idée de me former en économie de la santé parce que j'imaginai qu'il y avait une translation possible entre le fait de faire un moment politique et transmettre ce savoir d'ingénierie de projet, toutes les intuitions qu'on peut avoir notamment en santé. Ceci dit, ça ne marche pas du tout ! Quand on arrive avec l'étiquette politique et qu'on souhaite dire qu'on sait faire plein de choses, qu'on a appris plein de choses, que je peux mettre en œuvre sur les territoires, l'étiquette politique est extrêmement mal vue. Ce n'est donc pas facilitant. Il y a une cloison entre les politiques et ceux qui ne le sont pas. J'aurais pu cacher mon expérience politique et ça aurait beaucoup rassuré.

Julie LE GOIC, Adjointe au maire déléguée à la santé de la ville de Brest

Moi, je développe une stratégie différente. Cela tient au fait que je viens d'un milieu qui n'a rien à voir avec la santé. Je suis plutôt sur l'éducation populaire. Ce sont des façons d'envisager le travail sur une ville pas toujours compatible

avec le projet politique. En tant que tel, ma crainte d'un des engagements futurs de la collectivité en matière de santé - que je sois de l'équipe ou pas - est que je ne peux pas garantir aujourd'hui qu'il y aura une délégation à la santé dans la prochaine majorité, contractualisation ou pas.

On a vu le Conseil général qui a dénoncé en cours de route une contractualisation avec nous. Rien n'empêcherait la ville de dénoncer une contractualisation avec l'État. Elle ne suffit pas sans la volonté politique derrière.

Une des stratégies est de faire monter en compétence les réseaux de santé communautaire, Conseil local de santé mentale, réseau sexualité contraception, réseau sur le cancer... afin de ne pas les voir fragilisés par les questions d'alternance politique. Il faut permettre à ces réseaux de s'autonomiser par rapport à la mairie, apprendre à travailler ensemble les questions des financements. Pourquoi, par exemple, ne pas répondre tous ensemble aux appels à projets européens, puisque quand dans une association quelqu'un a cette compétence s'il est arrivé à avoir une fois un crédit « magique » dont on a du mal à voir la couleur, lui faire partager l'expérience avec les autres ? Nous sommes bien dans le champ de l'éducation populaire : un réseau dynamique, impliqué, autonome et bien concentré sur ses projets sera mieux armé pour traverser la période parfois difficile des changements d'équipes municipales. Appliquer ce dispositif de travail coopératif à tous les réseaux en matière de santé ne marche pas partout, notamment en matière de santé mentale. Certains directeurs de structures ont du mal avec le coopératif et le collaboratif, mais en tout cas, cette idée de sécuriser les réseaux de santé par leur autonomie et leurs compétences me paraît un pilier de la politique que je mène depuis quatre ans.

La deuxième stratégie – parce qu'on est des politiques – est de faire du moment de la négociation politique de la construction des programmes pour les municipales de 2014 un enjeu fort pour la politique de santé. Il faut la faire rentrer dans ces programmes, pour la légitimer aux yeux des équipes municipales et du maire. Ainsi, quand on va voir le partenaire qui fait partie d'une minorité, il faut poser la santé comme faisant partie du projet. On ne marchera pas avec lui s'il ne nous garantit pas que la santé est inscrite noir sur blanc, que les dispositifs sont précisés dans le programme municipal sur lesquels les électeurs vont voter. La meilleure façon d'avoir un engagement politique est de l'avoir fait valider par les citoyens au moment du vote. Voilà pour moi comment j'envisage cette pérennité.

Marie-Noëlle LEHODEY, Maire adjointe chargée de la politique de la ville de Sens

Je vous remercie pour vos témoignages, notamment sur la difficulté de travailler avec d'autres adjoints. On a essayé de mettre des commissions en place, ça n'a pas fonctionné. On se disait ce matin dans l'atelier dans lequel j'étais que l'important est la gouvernance. Il n'y a pas de raison que tout ce qui a été fait pendant ces 6 ans ne perdure pas s'il y a eu un travail de fond avec les partenaires, avec cette contractualisation via le contrat local de santé. Il y a un comité de pilotage, un comité technique. Je pense que si on répond à la demande des citoyens, et s'il y a ce travail qui remonte, on peut avoir confiance dans les citoyens et ce n'est pas qu'une question de personne. Les citoyens sont là et ont leur mot à dire. Il y a aussi des ateliers sur leur participation, il faut donc avoir confiance dans tout ce qui se fait pour que ça continue à remonter même si on n'est plus là au prochain mandat.

Marianne AUFFRET, Animatrice de la table ronde, Adjointe au maire, chargée de la santé, Mairie du 14^e arrondissement de Paris

Quelques chiffres pour terminer concernant les dépenses de prévention. En 2011, elles représentent 2,4% des dépenses de santé, soit près de 6 milliards d'euros, très en dessous de la moyenne des pays de l'OCDE, sur un volume de 240 milliards d'euros pour le système de santé. On sait que cette prévention et l'aide à l'accès aux soins sont d'autant plus nécessaires que les populations auxquelles ces stratégies s'adressent sont précaires et pauvres. On sait également que la prévention est non seulement peu financée, mais qu'elle souffre de difficultés ontologique et structurelle dans son principe même et sa mise en œuvre.

Nous avons maintenant derrière nous l'expérience de quelques années de ces dispositifs de type contractuel aptes à répondre à ces enjeux. Ils ont pris du temps et de l'énergie à être mis en place. On nous a fait confiance. La confiance se gagne patiemment et souffrirait qu'on la remette en cause. J'espère que le ministre a envoyé un conseiller technique dans la salle. La nouvelle géographie prioritaire qui doit être mise en place table sur l'effet implacable que les territoires les moins pauvres doivent cotiser en faveur

des plus pauvres. Ne faut-il pas se demander si le « ciblage » d'un nombre de territoires restreint ne risque pas de se faire au détriment des dynamiques au sein de territoires déjà fragiles et que l'on abandonnerait une fois de plus. Ne jouons pas Sarcelles contre Vaulx-en-Velin ! Ne jouons pas villes contre campagnes, ne jouons pas Nord contre Sud. Ne jouons pas l'aveugle contre le sourd ! Ne jouons pas à qui de nous mérite le plus la pièce.

Le mois dernier, un article du Point pointait le fait que deux récentes études, dont l'une très sérieuse menée par la FHF indiquait que l'on pouvait estimer qu'environ un tiers des dépenses de santé étaient « inutiles », car elles ne soignaient pas ni ne soulageaient. Cela représente à l'échelle de notre pays environ quarante milliards d'euros.

L'Atelier santé ville du 14^e arrondissement qui compte 136 000 habitants - pour prendre un exemple que je connais - coûte 70 000 euros, dont 40 000 euros proviennent de l'AcSé. 40 000 euros, c'est vingt jours d'hospitalisation pour une personne. Le territoire couvert par le Cucs du 14^e compte 17 500 habitants. En imaginant que l'on maintienne l'intégralité des volets santé des Cucs, il faudrait peu ou prou 40 millions d'euros, soit seulement 8 % de la dépense totale de prévention, soit 0,02 % de la dépense totale en santé dans ce pays. Cela vaudrait peut-être le coup de continuer partout où des initiatives ont été lancées.

On m'objectera que je compare des torchons avec des serviettes, je répondrai que je fais la différence à table, mais quand il y a une fuite dans le toit, quand il pleut dans la maison, les deux ont le même pouvoir absorbant. Puisque tout le monde le dit, je pense qu'il faudrait jouer le préventif avec le curatif, ou plutôt avec la santé communautaire avec les innombrables plans nationaux - j'en ai compté 25 actifs. Jouons la confiance dans les territoires pour ajuster la réponse en santé, pour une fois, sans blague !

Olivier ROVERE, Président de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville

Merci pour cette excellente table ronde avec beaucoup d'humeur et d'humour.

Ateliers parallèles

La démarche ASV dans les politiques de santé : des leviers pour interagir

Synthèse de l'Atelier 1 :

L'ASV à la croisée des politiques locales de santé et des politiques de cohésion sociale

Animateur :

Serge FRAYSSE, *Directeur de l'éducation, de la santé et de la prévention de la délinquance, Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (Acsé)*

Rapporteure :

Agnès BENSUSSAN, *coordinatrice Atelier santé ville du bassin alsésien, association RESEDA*

> Objectifs

L'objectif de cet atelier était d'identifier comment l'ASV peut répondre aux problématiques de la cohésion sociale et faire levier pour l'accès aux droits, aux soins et à la prévention.

L'espace d'échanges et de réflexions proposé aux participants de l'atelier s'est structuré autour de deux axes de questionnements :

1. sur le sens des termes et leur articulation. Quelles représentations, définitions avons-nous de la santé et de la cohésion sociale ? Quelles relations faisons-nous entre ces deux concepts ? Dans quelle mesure la santé des individus participe de la cohésion sociale ? Et dans quelle mesure la cohésion sociale contribue-t-elle à la bonne santé des individus ?

2. sur les pratiques et l'articulation des politiques de santé et des politiques de cohésion sociale. Comment est-ce que les différentes politiques publiques, les différents dispositifs, etc., afférents à ces deux champs s'articulent aujourd'hui ? Comment voudrait-on les voir s'articuler (notamment au regard du premier axe de réflexion) ?

> Participants

29 professionnels ont participé à cet atelier qui représentait un groupe hétérogène tant par les différents métiers et échelons d'intervention représentés que par le croisement des territoires permis :

- collectivités locales : coordinateurs ASV, services santé publique et politique de la ville, élus,
- niveau régional : ARS, préfectures de département, Ireps, centres de ressources politique de la ville,
- niveau national : Acsé, associations nationales de santé publique, chercheurs,
- Participants de diverses régions (13) : Alsace, Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Centre, Franche-Comté, Ile de-France, Languedoc-Roussillon, PACA, Picardie, Poitou-Charente, Rhône-Alpes, Guyane.

> Constats et questionnements soulevés

Suite au débat ouvert par la présentation, les constats suivants ont été dégagés parmi les participants, précisant les limites et multiples questionnements soulevés par ce thème :

> Axe 1 : Sens des termes et articulation

Une participante (*ARS de Franche-Comté*) a souhaité mettre en avant l'absence de définition partagée du concept de cohésion

sociale, et les ambiguïtés que cette absence de définition alimente parfois, lorsque des objectifs de cohésion sociale sont pourtant adossés à des politiques de santé. Les politiques menées en matière de prévention des addictions, notamment chez les jeunes, sont-elles pensées dans l'intérêt de la santé des jeunes ? Ou bien en termes d'impact des consommations sur le territoire (économie souterraine, ordre public etc.) ? Cette ambiguïté se retrouve pour les politiques touchant au champ de la santé mentale. L'articulation entre ces deux concepts ne va pas de soi, et il faudrait pouvoir la penser.

Une autre participante (*coordinatrice de l'ASV de Marseille*) a mis en avant le caractère relativement neuf de l'usage du concept de cohésion sociale dans le champ de la politique de la ville, jusque-là plutôt articulé autour d'objectifs de réduction des écarts, des inégalités – et donc naturellement dans une logique de cohésion sociale. Que signifie, exactement, ce glissement entériné par la loi Borloo (2005) ?

Une dernière participante (*Ireps Basse-Normandie*), enfin, a insisté sur le changement qu'implique le fait de situer les démarches ASV dans un projet global de cohésion sociale. C'est une manière d'affirmer que les démarches ASV sont productrices de cohésion sociale – et pas seulement de santé ou de promotion de la santé. Pour les professionnels de santé, cela signifie un changement de culture professionnelle qu'il faudrait pouvoir accompagner.

> Axe 2 : pratiques et articulation des politiques de santé et des politiques de cohésion sociale

Rapidement, les échanges se sont structurés autour du second axe de questionnement, conduisant à réaffirmer les fondamentaux des démarches ASV (partenariat, intersectorialité, transversalité, promotion de la santé etc.), et leur valeur ajoutée effective et durable pour les territoires (habitudes de travail en commun entre acteurs et entre institutions, développement des partenariats etc.) et les populations (exemple du travail engagé à Marseille pour améliorer l'accès et la continuité des soins). Les échanges ont aussi conduit les participants à formuler plusieurs niveaux d'interrogations, notamment en regard du contexte de réforme de la politique de la ville et des politiques territorialisées de santé.

Le caractère transversal des démarches ASV vient interroger l'identité professionnelle des coordinateurs ASV, la définition et la délimitation de leurs missions – tout comme celles des différents acteurs et partenaires des démarches ASV :

- Plusieurs territoires dotés d'ASV anciens (*Marseille, Alès*) ont témoigné de la tendance de leurs partenaires à solliciter de plus en plus les coordinateurs ASV pour coordonner/animer des politiques/projets de proximité dans des secteurs connexes (prévention de la violence chez des jeunes, développement durable, etc.) - en s'appuyant sur le savoir-faire acquis dans le cadre des démarches ASV, et sur le caractère transversal des démarches de santé globale. Il y a là une montée de la charge de travail qui doit donner à réfléchir, d'autant plus qu'elle s'inscrit dans un contexte où la division du travail (y compris au sein des services d'une seule et même collectivité) n'est pas claire et où la question des moyens financiers n'est toujours pas clarifiée (*ASV La Rochelle, ASV Evry*). Comment construire une identité professionnelle cohérente pour les coordinateurs ASV ? Comment délimiter les missions des démarches ASV ? Comment garantir des financements plus pérennes ? Et pourquoi ne pas imaginer des conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens (*ASV La Rochelle*) ?
- La question des limites/des délimitations des missions des coordinateurs ASV fait écho aux expériences mises en avant par de nombreux autres acteurs des démarches ASV. Une élue (*Ville de Sens*) a évoqué la difficulté à faire comprendre les démarches ASV à ses autres collègues élus, ses efforts déployés pour dépasser les politiques sectorielles au sein de la collectivité étant vécus par certains collègues élus comme un empiètement sur des secteurs considérés comme réservés. Ainsi, il y a une réelle nécessité de définir les démarches ASV par rapport aux différentes politiques de l'Etat, et un besoin de soutien des élus en termes de plaidoyers/d'argumentaires autour de la mise en place de politiques transversales – pour que les élus puissent mieux les comprendre, se comprendre et développer le partenariat à leur niveau d'élu.
- Cette même exigence de définition/clarification des rôles de chacun apparaît dans les témoignages de ceux qui évoquent leurs expériences de construction de partenariats avec des professionnels de santé, en particulier libéraux. Comment, par exemple, donner une cohérence aux projets de MSP (maison de santé pluridisciplinaire) portés par ces derniers et faire en sorte qu'ils s'inscrivent dans de véritables projets locaux de santé publique (*Préfecture Seine-et-Marne*) ? Comment faire en sorte que les professionnels de santé libéraux se saisissent plus largement des problématiques de l'accès aux droits et de l'accès aux soins ? Il faut faire évoluer les cultures professionnelles alors que les résistances sont nombreuses. La fonction de plaidoyer devrait aussi être développée en direction de ce public.

- Au-delà des élus et des professionnels de santé libéraux, la question de la définition de la « juste place » de chaque acteur dans des politiques transversales concerne l'ensemble des partenaires potentiels des démarches ASV et, à l'avenir, des CLS – d'autant que ces derniers ont pour objectif de construire des partenariats plus larges et plus durables que les ASV, à un niveau institutionnel (*DT-ARS PACA*).

Ainsi, l'articulation entre les politiques de santé et les politiques de cohésion sociale doit être pensée dans un contexte mouvant, où l'espoir est bien présent que la mise en place des CLS permette d'asseoir des dynamiques de cohésion sociale (*CRPV Guyane, CRPV PACA*), mais où les politiques publiques actuelles apparaissent parallèlement comme peu lisibles. Dans ce contexte, les participants de l'atelier souhaitent exprimer une vive inquiétude collective, et une attente de clarification des politiques publiques :

- Cette inquiétude concerne en premier lieu la question de l'avenir des démarches ASV. Quelle sera leur place dans les nouveaux contrats uniques ? Comment est pensée l'articulation avec les CLS sur les territoires où sont signés ces derniers ? Quid des territoires qui vont sortir de la politique de la ville dans la redéfinition des territoires prioritaires ? Une participante met en avant la nécessité de monter en puissance sur les questions d'observation des territoires et d'évaluation des démarches ASV pour asseoir la légitimité de ces dernières (*ASV Evry*). Une autre rappelle que, dans un souci de cohérence, l'évaluation des démarches ASV devrait s'inscrire dans un cadre plus général d'évaluation de l'ensemble des stratégies d'intervention en santé publique – et intégrer les conclusions livrées par la recherche sur leur efficacité différenciée en matière de réduction des inégalités sociales et territoriales (*ASV Marseille*). Qu'en est-il, en particulier, de l'évaluation des grands programmes nationaux de santé publique ?
- Des besoins de clarification s'expriment aussi par rapport à l'élargissement souhaité des partenariats, à la fois dans le cadre des futurs contrats uniques et des CLS. Les nouveaux contrats semblent être orientés vers davantage de transversalité. Mais comment mieux accompagner les professionnels dans cette direction, à tous les niveaux (*CRPV Villes au carré*) ? Il faudrait pouvoir travailler sur des pistes concrètes pour mieux articuler les politiques entre elles. Les expérimentations sur les territoires où des CLS ont été signés - dont témoignent les participants de l'atelier - sont nombreuses. Certains professionnels évoquent les avancées rendues possibles, à différentes échelles territoriales, par la mise en place des CLS pour mieux articuler les expertises, les gouvernances et les financements (*ARS Franche-Comté, DDCS Loire-Atlantique*). D'autres professionnels mettent en avant les difficultés rencontrées sur les territoires dans la mise en place et/ou l'animation des partenariats (partenariats purement formels ou dormants, absence de stratégie concertée ARS/DRJSCS, difficulté à coordonner l'allocation des financements etc.). D'autres professionnels, encore, insistent sur les glissements observables dans les missions attribuées à certaines catégories d'acteurs, et sur les risques associés (exemple des associations chargées de mission de service public et de la perte de leur fonction sociale).
- De manière générale, et au-delà des spécificités propres aux différentes configurations locales, les professionnels s'accordent pour demander une plus grande transparence des choix qui président à l'allocation des différentes sources de financement (y compris dans les coupes opérées) et un renforcement général, à tous les niveaux, des partenariats avec la CPAM.

> Conclusion sous forme de recommandations

Les participants de l'atelier expriment une vive inquiétude collective et une attente de clarification des politiques publiques, et formulent les propositions suivantes :

- S'accorder sur des définitions partagées de la santé et de la cohésion sociale, et sur l'articulation entre ces deux notions.
- Clarifier les intentions politiques associées aux objectifs de réduction des écarts/des inégalités en termes de cohésion sociale, et montrer en quoi les démarches ASV sont productrices de cohésion sociale.
- Mieux délimiter les missions des démarches ASV et de leurs coordinateurs dans le cadre de la construction de politiques et démarches transversales.

- Garantir aux démarches ASV des financements pérennes, à la hauteur de leur sollicitation par les partenaires locaux, par exemple à travers la signature de conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens (CPOM).
- Développer le travail de plaidoyer et d'argumentaire sur le caractère transversal des politiques de santé globale et de promotion de la santé, en particulier en direction de ces deux publics que sont les élus (à la santé et à la cohésion sociale) et les professionnels de santé libéraux.
- Inscrire le nécessaire souci d'évaluation des démarches ASV dans un cadre plus général d'évaluation comparée des différentes stratégies d'intervention en santé publique, notamment au regard de l'objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.
- Construire collectivement des pistes d'actions concrètes pour répondre aux objectifs affichés dans les nouveaux contrats d'élargissement des partenariats en matière de santé publique (CLS).
- Repérer et diffuser des exemples de 'bonnes pratiques' en matière d'articulation, à toutes les échelles territoriales, des expertises, des gouvernances et des financements.
- Veiller au respect des identités professionnelles et des missions des différents partenaires mobilisés dans des démarches transversales de santé publique – y compris au respect des missions sociales des associations.
- Renforcer, à tous les niveaux, les partenariats avec la CPAM.
- Garantir, à tous les niveaux, une plus grande lisibilité des choix stratégiques qui président à l'allocation des différentes sources de financement (y compris dans les coupes budgétaires opérées).
- Veiller à ce que les exigences en termes de partenariat et d'intersectorialité formulées par les pouvoirs publics s'appliquent aussi à un niveau interministériel.

Synthèse de l'Atelier 2 : La participation des habitants aux actions et politiques de santé : leviers et perspectives

Animatrice :

Mariela GALLI, *Consultante/formatrice, Institut Renaudot*

Rapporteure :

Martine ANTOINE, *Directrice de la Maison de la prévention de Fontenay-sous-Bois*

> Objectifs

L'atelier visait à repérer des expériences innovantes en termes de participation des habitants, usagers, citoyens aux actions de santé et projets de territoire et plus particulièrement, sur la place faite aux habitants dans les étapes des projets, les effets de leur participation dans les instances décisionnelles... Il s'agissait également de s'interroger sur les échecs ou les absences de participation afin d'envisager les approches nécessaires.

La réflexion s'est articulée autour des trois axes suivants :

1. Les niveaux de la participation :

- Quels espaces de concertation ?
- Définition et précision du degré de participation, de ses modalités (de l'information à la co-construction) ?

2. La gouvernance :

- La place des instances représentatives préexistantes quelles qu'elles soient (tissu associatif, collectif, etc.) et la question de leur légitimité.
- L'animation et la structuration de l'ASV à travers ses organes de concertation.
- Quels défis et contraintes pour la démocratie sanitaire ?

3. Les outils de la participation :

- Les techniques et les compétences d'animation de la participation sur les questions de santé.
- Les groupes d'auto-supports, adultes-relais et autres dispositifs...

> Participants

Cet atelier formait un groupe de 35 professionnels dont une majorité de coordinateurs ASV (26) et de franciliens (14). Le croisement de points de vue a pu être enrichi par la diversité des territoires représentés (13) et quelques professionnels travaillant à l'échelon régional et national.

> Méthodologie

Pour démarrer cet atelier, chaque participant s'est présenté aux autres, en expliquant notamment sa fonction, ses missions ainsi que son intérêt pour la thématique de la participation des habitants dans ses actions. Puis les participants se sont répartis en groupes de travail, très hétérogènes.

Durant 1h30, les participants de l'atelier ont travaillé selon la technique du « world Café » : répartis en trois groupes de discussion, les participants doivent approfondir un thème, pendant un temps donné (25 minutes environ), en discutant ensemble sans se censurer (comme dans un Café). A la fin du temps imparti, deux rapporteurs restent à table pour transmettre au groupe suivant le contenu des discussions ; tandis que le reste de la table va apporter ses idées dans un nouveau groupe et réfléchir à une nouvelle thématique. En faisant le tour de la salle, les idées se confrontent, les regards se croisent et les innovations s'échangent ; les groupes progressent dans une réflexion de sorte que le savoir qui en découle est évolutif et partagé.

Après ces temps d'échanges très denses (et frustrants pour certains, car trop courts !) dans les groupes sur les trois thématiques données, les rapporteurs de chaque table ont fait une restitution des réflexions menées, à l'ensemble de la salle.

> **Difficultés et leviers**

> **Table 1 - sur les niveaux de la participation :**

Cette table, avant d'évoquer la participation des acteurs, a beaucoup parlé de la mobilisation, très difficile à obtenir parfois. Ils ont donc cherché à définir, dans un premier temps, les termes de concertation et de participation :

Concertation : ce serait consulter, échanger et demander l'opinion de tous. Sorte de préalable à la participation et à la co-construction.

Participation : sous-entend la notion de co-construction d'une problématique, c'est-à-dire en identifiant et répondant à une demande avec tous les partenaires et acteurs.

Les modalités de la participation iraient de :

- Concerter, donner son avis.
- Participer à des moments festifs autour d'une problématique.
- Etre sensibilisé à une problématique.
- Se former pour sensibiliser à son tour.
- Etre une personne ressource sur le projet / mettre en œuvre l'action.
- Participer aux comités de pilotage, d'évaluation des actions.

Le groupe a ensuite abordé les contraintes et limites des habitants et de leurs représentants : horaires et temporalité, question de la libre-adhésion des habitants qui peuvent se retirer à tout moment, est-ce qu'on ne leur en demande pas trop ? Comment les faire adhérer et s'investir ? Comment répondre à leurs besoins ? Quelle légitimité pour les représentants ? Quel poids face aux élus et professionnels ?

Pour répondre à ces interrogations, le maître-mot de cette table aura été l'accompagnement des habitants, pour faciliter leur participation.

Enfin, d'autres réflexions ont émergé sur les difficultés rencontrées par les ASV autour de la mobilisation :

- Les ASV se trouvent pris entre les injonctions de l'Etat et les demandes des habitants (entre le marteau et l'enclume) ;
- La difficulté à mobiliser, dans les ASV, les habitants mais aussi les professionnels ;
- La problématique de la pérennité de ces dispositifs ASV, mettant en difficulté pour « fidéliser » des acteurs.

> **Table 2 - Sur la gouvernance :**

Cette table a plutôt axé sa réflexion sur l'identification des instances de pilotage d'un ASV, en identifiant les différents temps et partenaires à associer au projet :

1 fois par an	Comité de pilotage ASV / CLS : Conseil général et Direction santé Délégué au préfet ; PRE Elus Santé et Politique de la Ville Associations DT-ARS Direction politique de la Ville	Référénts communaux Éducation nationale Caisse d'allocation familiale Représentants des habitants Comités d'usagers de structures sanitaires Professionnels de santé
3 fois par an	Comité technique (plus élargi) : Collectifs d'habitants Professionnels de santé Enseignants	Assistants sociaux Infirmiers scolaires
Groupes de travail	Habitants Associations	Elus Professionnels

Comment faire en sorte qu'associations et habitants aient du poids dans les instances ?

Les difficultés et freins ainsi que les leviers rencontrés dans les expériences des uns et des autres ont été confrontés :

Difficultés / Freins

- Problèmes de jargon
- Les habitants qui viennent sont toujours les mêmes
- Les habitants isolés, non rattachés à une association, maison de quartier... ne viendront pas
- Chambre d'enregistrement et pas co-construction
- La descente d'information (du copil vers le groupe de travail) se fait parfois mal
- Frustration créée quand l'avis des habitants n'est pas pris en compte (démocratie participative)
- Habitants qui se disent représentants des autres habitants, et discréditent les professionnels

Leviers

- Empowerment et adaptation dans la communication
- Faire remonter la parole des habitants et descente d'informations
- Mobiliser des acteurs très divers (bailleurs, maison de quartier, amicales de locataires...)
- Passer par des acteurs sociaux pour toucher des habitants isolés (CAF, CCAS...)
- Recueillir la parole des habitants lors de moments informels
- S'appuyer sur un diagnostic pour identifier les représentants des habitants
- Faire en sorte que les professionnels de santé s'y retrouvent

> Table 3 - Sur les outils de la participation :

La restitution de ce groupe a été écourtée par manque de temps, mais aussi parce que « tout avait déjà été dit dans les groupes précédents ».

Mais les rapporteurs de ce groupe ont souhaité ré-insister sur le fait que les habitants peuvent participer à toutes les instances (du diagnostic à l'évaluation, en passant par la mise en œuvre de projets). Il a également été noté l'importance des personnes relais dans les communautés, sur lesquelles on peut s'appuyer (mais quid de leur légitimité ?).

Enfin, les participants ont mentionné l'échelle de Rifkin comme instrument de mesure de la participation des habitants, comprenant 5 critères :

- estimation des besoins,
- leadership,
- organisation,
- gestion des ressources,
- mobilisation des ressources.

Synthèse de l'Atelier 3 : La réponse collective aux questions de santé mentale : l'apport des dispositifs existants (Cucs, CLS, CLSM)

Animatrice :

Aude CARIA, Directrice, Psycom

Rapporteure :

Pilar ARCELLA-GIRAUX, Médecin référent santé mentale & addictions, DT-ARS Ile-de-France

> Objectifs

Les problématiques suivantes étaient posées :

- > Comment la structuration des réponses collectives autour des questions de santé mentale est-elle développée dans le cadre des contrats urbains de cohésion sociale (Cucs), des contrats locaux de santé (CLS) et des conseils locaux de santé mentale (CLSM) ?
- > Quels sont les impacts induits à différents niveaux : sur la modification des représentations, des comportements et les relations entre acteurs et structures de soins psychiatriques, l'implication des familles et usagers ? Comment les CLSM ouvrent-ils la porte à un partenariat spécifique et riche ?
- > Quels outils marchent et lesquels non ?
- > Quels enseignements peut-on tirer et en quoi est-ce reproductible ?

La réflexion s'est structurée autour des deux axes suivants :

- **L'approche collective des problèmes de santé mentale : quelles actions recouvre-t-elle ? quels acteurs implique-t-elle ? quels partenariats ?**
- **Comment créer les conditions favorables en termes de partenariat, de coordination et de pilotage en lien avec les ASV et les CLS ?**

L'objectif visait à confronter les points de vue au travers d'exemples, à tirer les enseignements des réponses existantes et à s'interroger sur la reproductibilité dans d'autres territoires.

> Participants

Cet atelier a rassemblé un groupe hétérogène de 31 professionnels, majoritairement des coordinateurs ASV, mais aussi des promoteurs de Conseils locaux de santé mentale (CLSM), des chercheurs, des centres de ressources et des représentants des villes. Il a permis le croisement des points de vue de différents métiers et échelons d'intervention et de 9 régions (principalement l'Ile-de-France et le Centre).

Le Conseil local de santé mentale est un outil pour la mise en place d'une table de concertation entre tous ceux qui apportent des réponses en santé mentale sur un territoire donné. Il n'y a pas de contractualisation mais une réunion de bonnes volontés. Ce dispositif se constitue aussi avec des instances de concertation autour des situations complexes. Parmi les expériences de CLSM, deux étaient en construction et un en fonctionnement.

> Partage d'expériences

ASV de Grigny (intercommunal). Le cadre de l'intercommunalité, avec le réseau d'Ivry, a facilité la mise en réseau des professionnels dans une démarche participative. Cependant, il y a une crainte du service de psychiatrie d'être inclus dans un mode de fonctionnement « formaté », alors qu'ils ont développé leurs propres outils et qu'ils ont déjà commencé à tisser les liens de confiance.

Centre municipal de santé de Champigny-sur-Marne. Ils travaillent sur trois terrains d'intervention en partenariat : pédopsychiatrie, psychiatrie adulte et addictions, et rencontrent des difficultés d'articulation des pièces du puzzle de dispositifs

existants : secteurs de psychiatrie, Csapa, Caarud, cellule de vulnérabilité, EMPP.

Réseaux de santé alsésien. Trois ans ont été nécessaires pour mettre autour de la table les représentants des familles et des usagers, les médecins généralistes. Aujourd'hui, le réseau couvre 180 000 habitants et réunit une centaine de personnes. La gouvernance est partagée avec un copilote animé par une association qui gère tous les réseaux et l'ASV.

Le travail de coordination consiste surtout à entendre les attentes de chaque partenaire et aujourd'hui, suit une ligne de conduite qui vise à ce que la première personne qu'on va voir soit toujours la bonne, avec le principe de fonctionnement suivant : « Ce n'est pas aux usagers de connaître le système, c'est aux professionnels de se connaître entre eux et s'organiser ».

L'objectif est d'améliorer l'accès à des consultations de psychologue en libéral pour désengorger le secteur. Le médecin généraliste fait rentrer le patient dans un parcours en commençant par une consultation d'évaluation. Le dispositif est évalué régulièrement (actuellement 200 consultations évaluées).

La difficulté concerne principalement les découpages entre les différentes structures. Ils ont décidé de choisir le territoire selon leur investissement. Une dynamique en pédopsychiatrie s'est organisée en parallèle avec des espaces de concertation et d'analyse de cas avec la médecine scolaire et les généralistes. Ils ont aussi créé un groupe clinique. Ils commencent à rattacher les deux dynamiques mais ce lien n'est pas encore très net. Ils ont aussi un travail de formation commune et un partenariat important avec l'ARS.

Mairie de Strasbourg. A Strasbourg, l'offre de soins psychiatriques est répartie entre trois établissements de santé mentale avec des hôpitaux éloignés de l'agglomération, donc trois logiques d'établissements, mais une convention et un coordinateur et un cadre santé pour faire la liaison entre les trois. En 2015, 145 lits psychiatriques vont être relocalisés dans l'agglomération : comment travailler avec les habitants pour que cela ne fasse pas de difficultés pour eux ? Conseil est donné de se rapprocher des établissements franciliens de Maison-Blanche et Ville-Evrard qui ont déjà fait cela et de se référer à l'étude de Magali Codelfy, géographe de la santé (Irdes), sur cette thématique.

A Strasbourg, ils ont des moyens alloués pour le CLSM pluriannuels donc il n'y a plus de recherche de financement nécessaire. Le CLS de Strasbourg bataille pour que les CMP suivent une logique de quartier et de bassin de vie. Le CLS exerce une pression politique pour faire bouger les logiques hospitalières.

CLS et ASV de Dreux-Vernouillet. Deux villes en intercommunalité avec un pilotage par la sous-préfecture et un travail en lien direct avec les élus. La notion de territoire est redéfinie par les acteurs eux-mêmes. Le rôle de la coordination est de trouver des espaces communs, de travailler en intercommunalité avec un CLS et un ASV.

Pavillons-sous-Bois. Il y a un projet de CLSM intercommunal avec Bondy. Sur l'une des villes, il y a une dynamique politique de la ville (Bondy), mais l'autre n'en a pas car cataloguée comme une ville riche, bien qu'il s'agisse du même secteur psychiatrique. Pavillons-sous-Bois essaie néanmoins de développer une dynamique semblable avec la mise en place d'un réseau qui a duré quelque temps mais s'est essouffé car il ne reposait que sur la bonne volonté des personnes.

Relais santé ville à Chennevières-sur-Marne. Petite ville de 20 000 habitants avec un service municipal, un service médical et un relais santé. Il y avait un CMP adultes et enfants, mais ce qui manquait, c'était une écoute de proximité. Ils ont commencé il y a 18 ans avec 4 ETP financés entièrement par la ville, avec un projet de prévention globale. Mais la municipalité a changé et le portage financier de la structure a cessé.

ASV de Blanc Mesnil. En cours de création d'un CLSM. L'ASV a monté un travail avec une psychologue autour de la notion d'un continuum avec la promotion de la santé mentale mais c'est difficile d'articuler les deux. Ils essaient de faire passer l'idée que l'on est tous concernés par la santé mentale. Les dispositifs sur la souffrance psychique sont intéressants pour faire ce lien.

ASV de Clichy. Le CLS a été un levier pour le CLSM. Suite à deux événements tragiques commis par des personnes avec des troubles psychiques, le dialogue était difficile et le cloisonnement important entre le social et le sanitaire. Le diagnostic de recensement des besoins des partenaires a mis en évidence des besoins de coordination. Le CLSM a été créé en décembre 2012 et est porté par l'Unafam, le secteur psychiatrique (liste d'attente de 10 mois pour CMP enfants) et la ville. Ils souhaiteraient créer un Gem.

ASV Santé Mentale de Marseille. L'ASV Santé mentale va au-delà du Cucs et ne travaille qu'avec les adultes. Il existe un CLSM depuis 16 ans ainsi qu'un CLS de deuxième génération. Il s'agit de faire reconnaître les instances dans les cadres de financement avec une reconnaissance des masses salariales. Ils ont des cofinancements Praps et un soutien de la dynamique

territoriale de santé pour les CLS avec la ville et l'Acisé sur des actions structurantes. Ils font inscrire dans le droit commun le portage de ces postes qui était au début associatif et qui est actuellement hospitalier. Dans leur CLSM, sont présents : les directeurs d'hôpitaux, les décideurs ARS et les autres partenaires institutionnels, ce qui facilite la recherche des financements.

Mission santé Tours. La contractualisation CLS n'est pas signée car on pense que cela nuira aux actions de proximité.

Centre social à Noisiel. Étant en lien direct avec les habitants, il est plus facile de monter les ateliers. Il y a deux ans, ils ont fait une tentative de travail sur la souffrance psychique qui a mobilisé beaucoup de personnes : cela intéresse les habitants. Cependant, ils n'ont pas d'ASV et éprouvent des difficultés de lien avec la ville.

> Principaux éléments et enjeux débattus

La question des frontières et des territoires :

- frontières des âges existants dans les différents dispositifs de prévention et/ou de prise en charge ;
- frontières des pathologies, qui organisent les réponses thérapeutiques ;
- frontières des territoires, commune, intercommunalité, bassin de vie, bassin de santé, territoire ASV, Cucs, secteur de psychiatrie, circonscription de service social, inter secteur,....

Comment décloisonner ? Comment articuler les dispositifs existants ? Comment apprendre à travailler ensemble ? Pour avoir de l'impact, il faut garantir le niveau de proximité et l'articulation entre les niveaux horizontaux mais aussi verticaux. Il faut activer différents leviers en même temps et avec cohérence : l'ASV, les réseaux avec les associations de quartier, l'offre de soins, le médicosocial et un levier politique et institutionnel.

Les outils qui aident au décloisonnement et au partenariat :

- ASV, CLS, CLSM, conseils de quartier : les formations communes et croisées ;
- la Semaine d'information sur la santé mentale (Sism) ;
- les actions de communication pour lutter contre la stigmatisation et favoriser la participation citoyenne ;
- la politique municipale (travail de sensibilisation des élus) ;
- le développement d'une culture commune ;
- la promotion de la santé mentale en tant qu'élément transversal de mobilisation et d'action.

Synthèse de l'Atelier 4 : **Accessibilité à la prévention et aux soins / rénovation urbaine et aménagement du territoire : quelles interactions ?**

Animateur :

Arnaud WIEHN, Chargé de mission « Santé et Territoires », Ireps Aquitaine,

Rapporteuse :

Laura MEZIANI, Coordinatrice Atelier santé ville, membre du collectif ASV IDF

> Objectifs

A partir de quelques problématiques très concrètes liées à l'accessibilité à la prévention et aux soins et soulevant les besoins de transversalité et d'interactions avec la rénovation urbaine et l'aménagement du territoire, l'atelier visait à partager les expériences de partenariat au travers d'exemples et s'efforçait de dégager des pistes et les conditions pour le développement d'actions transversales partenariales en lien avec la rénovation urbaine et l'aménagement du territoire.

Problématiques proposées :

- > Rationaliser l'offre de soins d'un quartier au regard d'une agglomération
- > Négocier avec bailleurs et promoteurs l'intégration de services « santé » dans les projets immobiliers
- > Mettre en cohérence et repenser l'offre des réseaux de transports en commun
- > Réimplanter les services publics sur des quartiers prioritaires
- > Mettre en place et faire vivre les espaces de paroles des habitants (régie de quartier, conseil de développement, etc.)
- > Intégrer les enjeux de santé aux cahiers des charges des projets d'aménagement, de rénovation urbaine ou requalification.

> Participants

30 professionnels ont participé à cet atelier, dont une majorité de coordinateurs ASV et de franciliens. Le croisement de points de vue a pu être enrichi par la diversité des territoires représentés (9) et quelques professionnels travaillant aux échelons départemental, régional et national.

> Principaux éléments et enjeux débattus

L'intitulé de l'atelier 4, séparant l'accessibilité à la prévention et aux soins de la rénovation urbaine et l'aménagement du territoire, traduit la complexité à concrétiser cette interaction. Les démarches présentées par les participants prennent en compte ces différentes dimensions en proposant une approche intégrée de la santé et ses déterminants formalisant les coopérations à différents niveaux. Cette interaction passe par l'apport d'outils partagés et participatifs.

> L'approche intégrée et les cadres de coopération

Questionnant la complexité des démarches qui doivent prendre en compte les différentes dimensions du sujet : urbanisme/ parcours de santé/ déterminants de santé, versus participation/ partenariat les participants se sont accordés sur la nécessité d'impulser une culture commune permettant d'intégrer les déterminants de santé et de formaliser les coopérations engagées.

Plusieurs exemples ont souligné l'articulation recherchée entre les ateliers santé ville (ASV) et les opérateurs de renouvellement urbain (Oru) :

- La DT ARS des Bouches-du-Rhône souligne cette articulation habitat/cadre de vie dans les démarches des ASV

marseillais qui ne développent plus de projets sans associer l'ORU quand il s'agit de territoires prioritaires. La question de l'habitat et du cadre de vie a été portée par l'ASV du quartier Nord dès le diagnostic. Elle poursuit l'objectif d'intégrer les déterminants de santé à travers l'aménagement urbain, l'offre sportive, l'offre alimentaire, la santé mentale.

- *La métropole nantaise* mène une étude à partir d'un questionnaire sur un quartier en Oru sur l'offre de soins et santé en lien avec l'urbain. Cette étude est co-pilotée par la santé en lien avec habitat/Oru et les bailleurs.
- *À Ajaccio* l'ASV concerne trois quartiers dont un en Oru et la question se pose de savoir comment intégrer la santé dans les projets Oru notamment considérant la difficulté d'impliquer les habitants dans ces projets ?
- *L'Ireps Aquitaine* présente une réflexion portée par un groupe de parents sur les pistes cyclables, les trajets quotidiens et la sécurisation des parcours de déplacements en améliorant le service de bus et de pistes cyclables.

Puis les exemples présentés ont mis en évidence que cette interaction dans le cadre des diagnostics locaux de santé ou du partenariat ASV/ Oru est souvent formalisée dans le cadre de plans ou de chartes :

- *Pour Nantes métropole*, il s'agit d'une démarche formalisée dans une charte de l'espace public avec un axe santé (par exemple : des bancs pour se reposer et mettre à disposition un espace d'échange, déplacements doux, stigmatisation des espaces...)
- *À Montreuil*, il y a une volonté d'équilibrer l'offre de soins entre les différents quartiers. L'enjeu est d'équilibrer l'offre de soins sur la ville entre le haut et le bas de Montreuil, grâce à une analyse comparative de deux quartiers en ayant une approche plus globale que celle de l'offre de soins, sur le recours aux soins et les parcours de soins. La thématique santé est ainsi intégrée au Plan stratégique local du quartier.

Pour les participants, l'intégration doit se faire à différents niveaux car les diagnostics font émerger des constats à différentes échelles territoriales. Le contrat local de santé peut-être un levier.

- *L'ASV de Marseille* souligne que des constats sur les transports par exemple sont observés à l'échelle communale notamment dans le diagnostic, mais quelle place pour l'ASV à l'échelle communale ?
- *La DT-ARS des Bouches-du-Rhône* évoque la nécessité de développer une culture commune et partagée de l'échelle micro-territoriale jusqu'à l'échelle d'une métropole avec le partage de connaissances sur les liens entre santé/ cadre de vie/ habitat, par exemple entre l'ARS et les aménageurs. Cela nécessite aussi un partage politique.
- *A Montreuil* la thématique santé est intégrée au contrat local de santé. Montreuil est engagée dans un projet de contrat de développement territorial pour lequel le contrat local de santé permet de faire le lien sur cette question.
- *L'Agglomération périgourdine* souligne également l'importance du contrat local de santé qui peut permettre d'avoir cette ligne santé sur les projets.
- *IREPS Aquitaine* : Le rattachement du volet urbanisme et du volet politique de la ville à l'agglomération sera-t-il plus facilitateur ?

> La participation et les outils

L'atelier a également permis de détailler plus spécifiquement les enjeux opérationnels de cette articulation pour les Ateliers santé ville autour des outils mobilisés et de l'apport de démarches participatives.

La géographie de la santé est une des méthodes mobilisées par les Ateliers santé ville :

- *Nantes Métropole* a présenté une enquête menée sur un quartier en intercommunalité sur la géographie de la santé, l'offre de soins et le recours aux soins qui a été initiée avec l'observatoire de la santé.
- *A Montreuil*, l'étude sur l'offre de soins et les parcours de santé par une analyse comparative de deux quartiers est également réalisée par un étudiant en géographie de la santé.
- *Pour l'agglomération cherbourgeoise*, une carte communautaire, forme de « diagnostic en marchant », a été réalisée. Un groupe déambule dans le quartier autour d'une question précise, par exemple : « Est-ce que je me sens bien? », puis note des points rouge ou bleu sur la carte puis engage une discussion et l'inscription de commentaires. Cet outil a été utilisé par la gestion urbaine de proximité. Une formation a été initiée avec l'ASV, chacun s'est approprié les outils et plusieurs cartes communautaires ont pu être réalisées mais les changements opérés sont à la marge.

Les démarches participatives sont partagées entre les équipes opératrices du renouvellement urbain, de la gestion urbaine de proximité et les Ateliers santé ville. Les Ateliers santé villes permettent de « penser l'appropriation des espaces » :

- *Pour Cherbourg agglomération*, la carte communautaire permet de faciliter la participation des habitants du quartier pour ne pas penser entre élus et techniciens. L'inscription du groupe d'habitants se fait avec les directeurs de services et les élus.
- *Agglomération périgourdine* : La démarche a été initiée à partir de l'organisation de rencontres conviviales dans les quartiers pour rassembler les habitants et expliquer la démarche de l'ASV. Ensuite des ateliers sur la santé dans le quartier ont été définis sur le bien-être... auxquels participent habitants, élus et partenaires suivis d'une soirée « auberge espagnole ». A partir de là, les habitants ont rejoint les rencontres du réseau.
- Un autre exemple d'impulsion par l'Atelier santé ville d'une maison des usagers à l'hôpital a été souligné comme projet partenarial et participatif à l'échelle d'un territoire.

Néanmoins les participants ont souligné les limites de ces démarches intégrées d'un point de vue opérationnel mais aussi sur les objectifs qui peuvent diverger :

- *L'ASV de Marseille* souligne que l'absence ou la vétusté des équipements tels que les centres sociaux d'un quartier sont un obstacle à la participation des habitants et deviennent une priorité en termes de bâti ;
- *Nantes Métropole* donne l'exemple d'une confrontation d'intérêt et d'enjeux prioritaires entre la santé et la prévention-sécurité autour de la présence de bancs dans un espace public ;
- Les niveaux de rattachement ou de compétences ne permettant parfois pas d'autres rôles pour les ASV que celui d'interpeler.

De plus les temporalités différentes peuvent être source de démobilitation, ce qu'ont souligné plusieurs participants :

- *L'ASV de Montreuil* constate les risques de démobilitation dans le temps entre l'émergence des attentes par l'ouverture d'un espace d'échange et le calendrier de livraison des opérations urbaines.
- *La DT ARS des Bouches-du-Rhône* a aussi relaté les freins dus aux temporalités différentes entre les attentes des habitants et le temps de projet.

> Synthèse

Développer des actions transversales et partenariales en lien avec la rénovation urbaine pour aborder les problématiques liées à l'accessibilité à la prévention et aux soins et impulser les interactions nécessaires entre les acteurs œuvrant dans la santé publique et l'aménagement du territoire sont des démarches complexes et difficiles, notamment de par l'ampleur et la complexité des différentes dimensions du sujet qui nécessitent d'être prises en compte : urbanisme/parcours de santé/déterminants de santé, versus participation/partenariat.

Au delà de la complexité du sujet, les débats qui se sont instaurés entre les 30 participants de l'atelier ont fait ressortir cinq principaux éléments sur les interactions suscitées par l'articulation entre les acteurs de la santé publique et de l'aménagement du territoire, et auxquelles peuvent participer les ASV :

1. L'importance d'impulser une approche intégrée à tous les niveaux

Les échanges ont mis en exergue la nécessité d'impulser une culture commune et partagée autour des parcours de santé, de l'accès à la santé et des déterminants de santé qui doit être relayée à tous les niveaux territoriaux et par l'ensemble des acteurs.

2. Des coopérations formalisées dans le cadre de plans et contrats

Les exemples ont révélé une démarche intégrative de la santé publique qui est formalisée dans des cadres contractuels. La santé est intégrée dans le groupe projet Oru, dans un cadre contractuel à l'échelle du quartier dans un plan stratégique local ou une charte de l'espace public, au niveau communal ou de l'agglomération dans le Contrat local de santé et parfois du territoire dans le Contrat de développement territorial.

3. Des outils partagés comme les diagnostics locaux et la géographie de la santé

Les interactions avec les ASV reposent sur des outils partagés notamment avec les opérateurs du renouvellement urbain. Les participants ont souligné l'importance des diagnostics locaux, de la géographie de la santé et d'outils participatifs comme la carte communautaire.

4. L'apport des démarches participatives

« *L'ASV, c'est penser l'appropriation des espaces* ». Différents espaces : centres sociaux, lieux de convivialité, ateliers...permettent de construire les projets.

5. Des temporalités différentes et le risque de la démobilisation

Différentes temporalités entre les attentes des habitants, les projets des professionnels à court terme et les démarches urbaines peuvent induire une démobilisation - notamment soulignée dans le cas de la réalisation de cabinets médicaux ou de l'aménagement d'espaces - parfois aussi due à la confrontation d'intérêt entre la prévention/sécurité et la santé notamment dans l'appréhension des espaces publics.



Synthèse de l'Atelier 5 : Le rôle des ASV dans le recours à l'offre de soins de proximité

Animatrice :

Delphine FLOURY, *Coordinatrice, Fédération des maisons et pôles de santé d'Ile-de-France (FémasIF)*

Rapporteure :

Anne GUILBERTEAU, *Coordinatrice Atelier santé ville Paris 19^e, membre du collectif ASV IdF*

> Objectifs

Il s'agissait de réfléchir et croiser les expériences sur l'exercice des missions et objectifs des ASV concernant l'offre de soins de proximité avec les acteurs impliqués.

La réflexion était structurée autour de trois axes :

- **Quels sont les enjeux d'un diagnostic de l'offre de soins ? A quel niveau l'ASV participe ?**
- **Quelles activités sont développées par les ASV sur les soins de 1er recours existants et quels sont ses partenaires ?**
- **Le rôle des ASV dans le développement de l'offre de soins de 1er recours (MSP, PSP, CDS)**

> Participants

L'atelier rassemblait un groupe de 27 professionnels de différentes régions (8, principalement en Ile-de-France et Rhône-Alpes), et dont la moitié de coordinateurs ASV.

> Enjeux

Les projets de santé sont souvent l'objet de nombreux enjeux politiques, les différents échanges ont porté sur l'accès à l'offre de soins de proximité et ses déterminants ainsi que sur le positionnement et les limites des ASV, démarches territoriales et transversales, dans ce partenariat.

> Le diagnostic :

Le diagnostic de l'offre de soins de proximité se fait à plusieurs niveaux :

- sur les déterminants de l'accès à l'offre,
- sur l'offre de soins elle-même (démographie médicale),
- sur les ressources plus larges (universités, différents acteurs...),
- sur les modalités de recours – ou non - aux soins (et les freins - renoncement/reste à charge, domiciliation...).

Des données et informations peuvent être sollicitées auprès de partenaires comme l'ORS, les Cres, la CPAM (cartographie santé), les CCAS (obligation d'évaluation des besoins sociaux).

Les coordinateurs ASV sont très souvent sollicités et mobilisés sur ces sujets. Les principales difficultés qu'ils rencontrent concernent :

- la mobilisation de certains acteurs (médecins libéraux...),
- leur légitimité et positionnement (par rapport aux équipes municipales...).

Les enjeux du diagnostic et à quel niveau l'ASV participe :

Comment les ASV, observateurs permanents, sont des leviers pour mobiliser les acteurs de santé sur un territoire pour l'installation d'une maison de santé ?

Les projets ont une légitimité et une organisation différentes selon leur origine (regroupement de libéraux, projet immobilier, Anru...) et le portage du projet (implication et visions des différents acteurs, élus...).

Trois éléments apparaissent importants concernant le diagnostic :

- Recadrer le rôle des ASV, notamment dans le soutien à l'élaboration du projet de santé des structures ;
- Faire attention au ciblage de la population et bien définir les périmètres de vie ;
- Aller vers les populations les plus éloignées, celles qui se déplacent moins.

> Les partenaires :

- Peu de collaboration avec les PASS
- CPAM sur l'amélioration de l'accès aux droits
- Le comité de pilotage des ASV

L'ASV mobilise des professionnels, propose des réunions/rencontres inter-partenariales, il améliore l'information/communication sur les ISTS, l'accès aux droits/soins (ex : permanences téléphoniques à Marseille).

Il existe parfois des comités locaux de l'offre de soins qui peuvent être sollicités en cas de difficultés particulières.

Le travail avec les usagers est à développer : il est indispensable d'identifier les acteurs clefs (médiateurs, bénévoles, maison d'information en santé...).

> Le rôle des ASV :Plus-value de l'ASV :

- l'approche transversale (cf. épidémiologie sociale)
- l'étude sur les déterminants de l'accès à l'offre de soins
- le travail sur les freins et difficultés rencontrées

Cette approche globale peut améliorer la légitimité des ASV vis-à-vis de certains professionnels et élus.

L'ASV introduit la notion de parcours de soins (prévention, dépistage, accès aux droits, ETP...) et le travail sur un projet de santé cohérent, avec une équipe élargie, incluant les différentes compétences présentes sur le territoire.

Limites et difficultés de l'articulation ASV et offre soins de proximité :

- Historique et missions des différentes structures
- Identification des acteurs clefs pour un soutien au montage et fonctionnement des projets (financements inclus)
- Prendre en compte les différents enjeux (élus) et niveaux d'intervention et la gouvernance des projets
- Parler le même langage
- Tout n'est pas du ressort de l'ASV (installation des médecins libéraux...)
- Un cahier des charges plus clair est en cours d'élaboration

La Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville peut permettre d'identifier les acteurs nationaux sur ces sujets : fédérations, cabinets d'étude...

[Conclusion des ateliers

Laurent EL GHOZI, *Président de l'Association « Elus, santé publique et territoires »*

Laurent EL GHOZI, *Président de l'Association « Elus, santé publique et territoires »*

Je regrette beaucoup d'avoir raté la table ronde précédente, qui était - j'ai entendu les applaudissements et les rires - brillamment animée par Marianne AUFFRET, et brillamment soutenue par ces quatre élus qui sont membres de l'Association « Elus, santé publique & territoires », ce n'est, bien sûr, pas un hasard.

J'ai passé une heure et demie à écouter les rapporteurs et animateurs des cinq ateliers. J'ai entendu et appris beaucoup de choses et il m'a fallu en faire quelque chose : c'est extrêmement difficile, voire impossible ! Forcément, je ne vais rien dire de ce qu'elles m'ont rapporté et je vais essayer de dire ce que j'ai entendu. Je vais essayer de faire une synthèse de ce qui s'est dit dans ces cinq ateliers pour voir ce qui émerge, ce qui est commun et ce qui pourrait améliorer l'efficacité de cet outil auquel, c'est unanime, tout le monde tient. Tout le monde est convaincu que les ASV sont utiles et voudrait que cela continue.

> Engagement et inquiétude

Je retiens deux mots : engagement et inquiétude :

- Engagement, volonté de développer, de continuer, conviction que les Ateliers santé ville ont apporté quelque chose à la politique des villes, à la politique de santé voire à la santé, même s'il n'y a jamais eu d'évaluation d'impact et sur cette question, on peut parler à l'infini.
- Inquiétude, parce que cela reste un dispositif de la Politique de la ville donc un dispositif aléatoire dans un contexte de réforme incertain : la réforme de la politique de la ville avec les différents zonages, les vraies zones politique de la ville, les zones de veille, les zones d'alerte, les zones qui n'en sont plus. Tout ceci est compliqué et incertain. La responsabilité des collectivités locales est tout aussi incertaine. Vous avez vu que le premier projet de loi a été coupé en trois tellement les élus n'en voulaient pas et tellement c'était compliqué. L'état des finances publiques n'est pas au mieux et la population se paupérise.

> De multiples tensions

Les Ateliers santé ville sont faits pour améliorer la santé des populations les plus précaires, à réduire les inégalités et, en même temps, toutes les autres politiques contribuent à aggraver les difficultés d'accès à la santé, la paupérisation, la pauvreté, tous les déterminants sociaux de la santé. L'Atelier santé ville est globalement coincé entre de multiples difficultés et tensions :

- Des tensions du fait d'une vision différente de la santé qu'on pourrait même avoir de type monopolistique si l'on considère que le premier Ministre devrait être le ministre de la Santé et impulser de la santé dans toutes les politiques et que ça devrait être la même chose au niveau des communes. Ce n'est pas le cas bien sûr, mais on pourrait avoir cette vision où toutes les politiques contribueraient à la santé, celle-ci étant, de fait, le déterminant ultime de toutes les politiques. Ou bien, au contraire, réduire la santé à l'accès à la prévention et aux soins et s'arrêter à ça. L'ASV est au cœur de cette contradiction. Une des choses frappantes est que la place de l'ASV au sein du Cucs, c'est-à-dire l'articulation entre l'ASV et les quatre autres politiques du contrat urbain de cohésion sociale, la fameuse « transversalité » que tous recherchent et qui peut effectivement être ici présente, est relativement peu interrogée, utilisée ou explicitée et c'est aussi une contradiction ;
- Tensions entre politique spécifique pour populations et quartiers défavorisés – la politique de la ville – et droit commun – politique identique pour tout le monde – ce que les Agences régionales de santé, le ministère de la Santé voire l'Inpes souhaitent mettre en place.
- Tensions entre la parole des habitants et la décision des élus : les coordinateurs des Ateliers santé ville sont chargés de faire remonter la parole des habitants et théoriquement d'en faire quelque chose dont les élus se saisissent pour faire ou améliorer une politique. Entre des habitants auxquels on cherche à donner le maximum de compétences et

des décisions qui se passent à notre niveau, il y a une vraie difficulté. Est-ce que l'ASV est un outil de démocratie locale ou est-ce l'alibi de la démocratie sanitaire au niveau local ?

- Tensions autour de la transversalité, au-delà du Cucs. Tout le monde dit qu'il faut en faire, qu'il faut décloisonner, mais la participation des partenaires indispensables est parfois plus qu'aléatoire.
- Tensions entre l'exigence de mobilisation large – il faut mobiliser tout le monde autour de la santé – et la réalité, qui est l'absence de tout pouvoir réel de mobilisation. Le coordinateur de l'ASV n'a que sa parole et sa bonne mine pour mobiliser l'hôpital, l'assurance maladie, les libéraux... Il n'a pas de pouvoir de mobilisation. J'anticipe, mais si cette nécessité de mobilisation de tous les partenaires, y compris les libéraux et les associations, n'est pas soutenue par un pouvoir de mobilisation qui ne peut appartenir qu'à l'élu, tout cela reste des vœux pieux.
- Tensions entre la volonté d'avoir un cadre plus clair, mieux défini et en même temps l'extrême diversité de tous les ASV. Je ne dis pas que vous faites tous des choses différentes, il y a des points communs, mais il existe une extrême diversité dans la manière dont cela s'est monté, dans le portage politique ou associatif, dans le périmètre, en fonction de l'histoire, de la géographie, du contexte des ressources, et cette souplesse de fonctionnement, indispensable et riche, est revendiquée.
- Tensions entre d'une part les plans nationaux de santé, de prévention, le schéma régional de prévention et de promotion de la santé, le schéma d'organisation des soins, tout cela qui est descendant et les priorités locales, celles des habitants de chaque quartier qui s'accordent plus ou moins bien avec ces impératifs descendants.
- Tensions entre la durée indispensable pour construire du lien, pour établir la confiance - parce qu'il n'y a pas de partenariat sans confiance et sans durée - et la fragilité des financements, le renouvellement des équipes, la non-pérennité des postes voire l'évolution des politiques. Comment fait-on une politique qui nécessite du temps dans un cadre aussi fragile et incertain ?

> Des clarifications nécessaires

Ce que j'ai aussi entendu de la part de tout le monde est la nécessité de clarifier :

- Les ASV ont douze ans, ils ont fait la preuve qu'ils servaient à quelque chose, quoi qu'en disent certains et on peut mettre en évidence des effets concrets, des impacts concrets d'amélioration de l'état de santé dans un certain nombre de domaines. Cela ne doit pas être discuté mais prouvé. Il faut donc clarifier les limites.
- Il faut clarifier aussi les mots : promotion de la santé, prévention, et ce qu'on met dedans. Marianne AUFFRET rappelait que la prévention en Ile-de-France représente 0,3 %. Cent millions, tout compris, sur trente-trois milliards. Qu'est-ce qu'on fait avec ça ? D'autant plus que, sur ce financement, il y a la permanence des soins ambulatoires, les réseaux, la prévention, on veut y mettre le soutien aux maisons de santé pluridisciplinaires, on veut même y mettre le soutien aux financements des coordinateurs, des animateurs de contrats locaux de santé. C'est évidemment impossible.
- Il faut clarifier aussi ce qu'on entend par inégalité ou disparité. On ne dit pas la même chose si on parle de disparité, par exemple d'accès au dépistage du cancer du sein pour prendre un exemple que je connais. Si on parle d'inégalité, il y a des causes et des responsables et on doit mettre en place d'autres politiques. Si on parle de disparité, c'est la faute à pas de chance.
- Il y avait un atelier sur la cohésion sociale qui a très peu abordé en quoi la santé et les ASV pouvaient être ou pas un facteur de cohésion sociale. Qu'est-ce que la santé a à voir avec cela ? La santé est un volet du contrat urbain de cohésion sociale - en tout cas c'est écrit dans les textes. Comment la santé peut-elle être susceptible d'améliorer la cohésion sociale, d'améliorer le lien entre les habitants, de faire société ? Je trouve que cela mérite d'être clarifié, comme les termes : santé mentale, maladies psychiatriques, souffrance psychosociale.
- Il faut enfin clarifier de qui on parle : d'usagers, de citoyens, d'habitants ? J'ai l'habitude de dire patients /usagers /citoyens quand je parle des malades en gardant toujours le terme citoyen que chaque personne doit toujours demeurer. In fine, notre seule véritable responsabilité d'élu est faire en sorte que tout le monde soit partie prenante de la cité, des politiques qu'on met en place et l'ASV est, dans le champ de la santé, le bon instrument pour cela.

Les limites aussi doivent être clarifiées. On est dans un champ qui est extrêmement flou, voire extensif :

- Concernant la limite territoriale, est-ce qu'on parle du quartier, de la ville, de l'agglomération, du secteur de la psychiatrie, voire de la métropole ? Sur quoi agit l'Atelier santé ville ? Cela n'est pas clair, c'est différent partout, en rappelant que l'ASV a une exigence de proximité. On ne peut pas parler d'Atelier santé d'agglomération, première exigence, la proximité est consubstantielle de l'Atelier santé ville.
- Quelle est la frontière entre champs d'intervention et thématiques ? La santé, donc l'ASV concerne tout le monde, du conseil municipal aux ministères et aux services. Il faut se poser la question de la cohérence territoriale de l'action politique globale, dans toutes ses thématiques. Comment pense-t-on une action politique globale au niveau d'un territoire qui est forcément limité et comment la santé est inscrite dans cette politique globale ?
- La limite entre compétence et culture professionnelles différentes a été évoquée partout : les gens ne parlent pas le même langage : santé et urbanisme, médecin généraliste et psychiatre, santé publique et tranquillité publique. Une des priorités est bien d'arriver à avoir une culture commune de santé et un langage commun. Comment construit-on ce langage commun sans lequel on ne peut pas faire de politique ensemble ? Cela passe par des formations en proximité sur la politique territoriale globale, des formations interprofessionnelles, intersectorielles, interinstitutionnelles.
- La définition même de la santé et son champ d'application ont des limites. L'Atelier santé ville doit définir ses objectifs : de quelles questions de santé il s'agit ? De quel public ? Le public prioritaire bien-sûr, mais est-ce qu'on s'intéresse aux nouveaux-nés, à toute la population ou seulement aux personnes âgées par exemple ? Toutes ces interrogations ne trouvent pas la même réponse selon les objectifs qu'on va assigner à l'Atelier santé ville et - je me répète - cela ne m'est pas apparu extrêmement clair : santé de tous ou réduction des inégalités ? Est-ce qu'on fait la même chose ou met-on en place des outils d'accès privilégiés, des accompagnements individualisés, des services spécifiques ? Il apparaît quand même majoritairement que l'Atelier santé ville fait partie de la politique de la ville et a pour objectif d'apporter plus aux populations et aux quartiers les plus défavorisés. Il ne doit donc pas être fondu dans une politique globale qui s'appliquerait identiquement à tous les quartiers, toutes les populations d'une ville, d'une agglomération voire d'une métropole. Il convient de recentrer l'Atelier santé ville sur sa priorité qui est la réduction des inégalités pour des populations plus en difficultés, habitant dans des quartiers plus maltraités.

> Avoir des leviers d'actions

Cela pose la question des compétences des coordinateurs, des moyens de mobilisation, de la formation des coordinateurs, de l'accompagnement, de la durée dans le poste. Tout cela est ressorti dans tous les ateliers comme des inquiétudes, des difficultés, sur lesquelles il faudrait arriver à apporter des réponses. En effet, quels sont les moyens de mobilisation ? Faire une réunion de quartier avec des habitants n'est pas si facile que cela, en tirer profit encore moins ; il faut donc avoir des leviers d'action :

- Il faut une véritable légitimité pour pouvoir agir et le coordinateur de l'Atelier santé ville ne peut agir qu'au nom du maire.
- Il faut qu'il soit, par son positionnement hiérarchique, par son positionnement dans les services, complètement légitimé par l' élu et par la direction des services. En vous écoutant toutes les cinq, je me suis aperçu que le lien entre coordinateurs d'Atelier santé ville et élus responsables était - semble-t-il - trop souvent extrêmement distant, voire ténu, et que le coordinateur n'avait pas forcément le sentiment d'être un acteur missionné par la direction municipale. Or, s'il n'est pas missionné par la direction municipale pour mettre en œuvre une politique définie par les élus, évidemment cela le laisse dans un flou qui lui donne peu de légitimité pour, en particulier, mobiliser tous les élus, les services, les partenaires extérieurs.
- Se pose également la question de sa légitimité par rapport aux autres acteurs, aux services de l'État en particulier, mais aussi du Conseil général ou autre. Cela a soulevé, dans tous les ateliers, le problème transversal du partenariat qui est très souvent décrété, souhaité, voulu, affiché, mais bien souvent véritablement peu engagé, y compris à l'intérieur des services municipaux d'où, là encore, l'exigence de clarté, de continuité de la présence, de mise à disposition d'informations par ces partenaires. Combien de Caisses primaires d'assurance maladie sont véritablement partenaires de ce point de vue et donnent des informations ? Combien d'hôpitaux participent concrètement à

l'élaboration des diagnostics locaux et aux suivis des actions mises en place ? Cette question de l'engagement des partenaires est une question qui traverse tous les ASV, sans parler de l'engagement financier durable de ces différents partenaires.

Une autre difficulté des Ateliers santé ville est la participation des habitants. Tout le monde la met en avant, mais peu d'acteurs connaissent les outils de mobilisation des habitants.

- Il existe en effet des techniques concrètes qui permettent de faire participer des habitants et de ne pas être simplement dans un tour de table où chacun donne son point de vue mais où on ne construit pas grand-chose ensemble. Il semble que dans l'atelier de ce matin bien peu connaissent ces quelques outils. Or, on ne fait pas de co-construction avec les habitants, si on ne se donne pas ces quelques moyens. La participation des habitants devient bien souvent un alibi. C'est, de l'avis général, quelque chose qu'il faut non seulement rechercher, mais qu'il faut véritablement mettre en œuvre, et cela passe, outre les outils, par le parcours de représentativité.
- Comment faire en sorte qu'un habitant lambda passe d'une position individuelle à une position de porte-parole d'un collectif, voire une position de représentant d'un intérêt général ? Cela ne se décrète pas, ne s'invente pas, cela se construit par des formations, de l'empowerment, du temps et des outils. Faire passer ces gens de quartier qui ont des opinions individuelles à des gens qui portent la parole d'une partie des habitants, des problématiques et contribuent à la construction des politiques locales est un enjeu fondamental sur lequel il faut échanger et former tant sur les questions de santé que sur la capacité à parler au nom d'un collectif.
- Avoir des habitants participants, formés, engagés, militants, est bien, mais il faut ensuite que la parole de ces habitants soit entendue par les décideurs. Quel argumentaire, quelle place des habitants dans le comité de pilotage ? Combien y a-t-il d'habitants dans vos comités de pilotage, dans les assemblées plénières des Conseils locaux en santé mentale ? Quelle place donne-t-on aux groupes d'entraide mutuelle pour la santé mentale ? Tout cela est à débattre. Une des choses qui a pu être mise en évidence est que lorsqu'on pouvait construire avec les habitants des petites actions concrètes dans un quartier, que ce soit autour de la santé des jeunes ou autour de la santé mentale, ils acquerraient une véritable légitimité par rapport aux décideurs. Tout cela doit donc être régulièrement rendu public.

> Complexité et multiplicité d'enjeux et d'objectifs

Je ne reviens pas sur la thématique des cinq ateliers, vous y reviendrez le cas échéant pour compléter. Ce que j'ai entendu est la complexité de cet outil et son caractère indispensable. Complexité et multiplicité d'enjeux et objectifs différents pour chacun, pour les élus, les services, les professionnels de santé, le coordinateur de l'Atelier santé ville.

- Les enjeux sont très rarement explicités. Une des premières choses à faire est peut-être de clarifier les enjeux pour chacun. Qu'est-ce que l'élu, le directeur de service, le responsable de la CPAM, l'ARS... attendent de l'Atelier santé ville ? Ce travail n'est pas fait. On voit dans certaines ARS l'instrumentalisation, l'utilisation des ASV et de leurs coordonnatrices et que les attentes des pouvoirs publics locaux et de toutes les autorités sont tellement diverses qu'on a du mal à s'y retrouver et que les coordinateurs ont du mal à trouver leur place. Le coordinateur et l'Atelier santé ville sont pris en sandwich dans un contexte où la précarité aggrave les difficultés de santé. Il pose donc une exigence : la définition du champ géographique et populationnel et j'ai entendu qu'il fallait recentrer sur la proximité.
- L'objectif doit être redéfini et accepté par tous.
 - Est-ce un objectif de démocratie sanitaire et de citoyenneté ?
 - Est-ce un objectif de décloisonnement entre les acteurs, de dynamique participative locale ? Un atelier, par exemple, avait pour objet « santé et urbanisation » : l'Atelier santé ville permet de faire émerger la parole des habitants. Mais comment la mettre en forme ? Comment la rendre audible par les aménageurs ? C'est un vrai travail qui ne peut pas être le fait du seul coordinateur de l'ASV. Il n'a de sens que s'il est porté par toute la collectivité.
 - Ou bien est-ce un objectif d'amélioration de la santé et de réduction des inégalités sociales de santé - ce qui serait déjà pas mal ?
 - Ou encore de répondre à la demande de l'ARS et de certaines collectivités, une formalisation par l'ASV de l'ensemble de la politique de santé du territoire ?

Enfin, les enjeux des ASV vont bien au-delà des moyens que nous donnons au coordinateur. D'où cette question : quels moyens pour l'ASV ? Le temps, l'autorité déléguée du maire ou du directeur général des services par rapport aux autres services et par rapport aux autres acteurs, les formations, les financements bien entendu. L'ASV ne peut pas tout faire et doit être repositionné dans son rôle, avec ses moyens, son pouvoir propre, mais aussi avec ses limites. Si les ASV sont bien souvent à l'origine des politiques locales de santé, ils ne peuvent pas porter seuls, la totalité de ces politiques locales.

Il faut reconnaître leurs spécificités, leurs compétences et leurs limites, reconnaître qu'ils sont une partie intégrante et indispensable des futurs contrats locaux de santé dans le cadre de la politique locale de santé, mais pas plus et pas moins. Il faut donc considérer l'Atelier santé ville comme le fer de lance, mais pas la lance, ni l'arc, celui qui fait l'action, mais pas celui qui détermine la direction ni la politique. Tant qu'on n'aura pas défini dans les cinq champs travaillés par les Ateliers les enjeux, les moyens et cette place, on restera dans une difficulté dont les coordinateurs souffrent et se feront l'écho à juste titre. Il nous appartient à tous de demander aux pouvoirs publics, au ministre, à ses services, que la place des Ateliers santé ville soit, dans l'ensemble des champs, véritablement stabilisée, avec les moyens et le temps nécessaire pour leur action.

Chacun des ateliers a abordé un thème particulier. Ce que j'ai essayé de restituer est transversal, présent dans chaque atelier. J'espère avoir été fidèle et laisse à chaque rapporteur le soin de compléter. Je vous remercie.

[Echanges avec la salle

Didier FEBVREL, Médecin territorial, Marseille

Je n'ai pas envie de rentrer à Marseille avec ce que tu nous as dit. Je sais que ce que tu as dit est juste, mais repartir en disant qu'on redéfinirait la place des Ateliers santé ville, pour moi on repart en 2008. Que les ateliers aient servi à des gens qui travaillent sur le terrain pour échanger sur leurs difficultés, mais en faire une loi pour tous est un peu compliqué. Oui, il est vrai que des problèmes existent au niveau de la participation des habitants, mais au moins les ASV le tentent. Oui, il y a des problèmes de mobilisation, mais ils essaient avec les moyens du bord. Le Haut Conseil de la santé publique va dire qu'on considère que cela a réussi et que c'est indispensable dans le système de santé actuel. La seule chose qu'il faut dire au ministre est de les faire perdurer, de les développer et de les renforcer dans tous ces axes. Il faut leur donner les moyens d'aller vers l'amélioration de la qualité. Je crois que c'est une dimension constante de l'accompagnement des ateliers et le rôle de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville de continuer à accompagner les ASV, les coordinatrices, coordinateurs et les équipes ASV dans l'amélioration de cette qualité, soit par des formations, des références, des capitalisations, etc. J'ai dit à la fin de mon exposé que ces Ateliers santé ville étaient la chose la plus excitante que j'ai connue dans ma vie professionnelle.

Laurent EL GHOZI, Président de l'association « Elus, santé publique & territoires »

Je partage ce que tu dis. Je dis engagement-conviction d'une part et inquiétude d'autre part. C'est ce que j'ai entendu. Je conclus en disant de renforcer la spécificité, les compétences et de mieux définir les limites. Les ASV sont le fer de lance et la racine de la majorité des politiques locales de santé. Il n'y a pas débat là dessus. Mais, comment les pérennise-t-on ? Comment définit-on leur rôle ? Il y a une vraie exigence de précision, de clarification si l'on veut, comme nous tous ici, qu'ils durent.

Chantal MANNONI, Médecin de santé publique

Pour compléter ce que dit Didier FEBVREL, finalement les Ateliers santé ville sont assez jeunes. Quand on regarde les processus, on commence à acquérir de la maturité, mais nous savions que le chemin serait long. Il serait intéressant de revenir sur un document publié par RESCOM sur les conditions d'implantation d'un Atelier santé ville il y a quelques années. Il faut reconnaître ces conditions, les valoriser et se dire qu'il faudrait peut-être en retravailler certaines ou approfondir ce qui ne l'a pas suffisamment été. Beaucoup de choses ont été faites. Il y a des avancées, des fragilités émergent. Il faut peut-être se centrer via la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville sur

les éléments qui posent problème et pour lesquels les élus sont une partie de la réussite.

Je voulais aussi souligner que les ASV sont à la croisée de cultures qui s'affrontent : le bio-médical et la promotion de la santé. Par contre, la confrontation entre le normatif, qui arrive comme un rouleau compresseur des politiques publiques, et le singulier, le particulier, la souplesse que portent les Ateliers santé ville me frappe. Cette complexité pose la difficulté d'évaluation et d'absorption de cette difficulté. Ce n'est pas parce que c'est complexe et qu'on n'y comprend rien qu'il faut jeter le bébé avec l'eau du bain. Nous devons être des militants professionnels ou des professionnels militants comme dirait Didier MENARD.

Pilar ARCELLA-GIRAUX, Médecin référent santé mentale & addictions, DT-ARS Ile-de-France, rapporteure de l'Atelier 3 sur la santé mentale

Je reviens sur quelques éléments de l'atelier sur la santé mentale. Il est vrai que ces difficultés entre les niveaux de langage, l'implication, sont apparues, mais que les Ateliers santé ville étaient une opportunité de concertation, parce qu'on peut à la fois faciliter une articulation sur un niveau horizontal, voulant parler des associations d'habitants, des professionnels sanitaires et médico-sociaux, en essayant de voir où se croisent les réflexions des uns et des autres, les besoins, les désirs. Du côté vertical, les Ateliers santé ville ont plus de difficultés à faire entendre leur voix. Il faut remonter auprès des décideurs, les intersections, avec une certaine influence pour que cela soit pris en compte, et en facilitant la lecture et le décodage pour que ce soit compris. Ce n'est plus une question de reconnaissance, mais une question d'empowerment des ASV eux-mêmes. Quelle est la capacité d'influence et de mobilisation des ASV au niveau transversal et vertical auprès des décideurs, là où souvent les politiques de santé vont se mettre en place et sur leur déclinaison ?

Martine ANTOINE, Directrice de la Maison de la prévention de Fontenay-sous-Bois, rapporteure de l'atelier 2 sur la participation des habitants

Il m'est apparu dans l'atelier sur la participation des habitants, qu'au moment de la présentation de chacun des participants, les questions de la difficulté étaient mises en avant, notamment cette question de faire venir les habitants. En même temps, la restitution du travail a davantage mis en avant les leviers – l'empowerment dont nous venons de parler –, les nécessités de formation, à la fois sur la question des habitants, mais aussi des professionnels, de l'acquisition de cultures partagées. Mais le risque majeur et la limite ont également été mis en avant. Lorsqu'on arrive à avancer dans cette relation de confiance, à faire fonctionner ces leviers, le risque est la non-pérennité éventuelle de ce dispositif et le

risque brutal de la perte de confiance des habitants, des professionnels, des décideurs locaux que l'on peut faire travailler ensemble pour arriver à une culture différente et à produire des choses positives en matière de participation. Cette épée de Damoclès risque de faire éclater ces avancées et reculer bien plus loin que le point de départ des ASV sur ces questions de la démocratie locale.

Laurent EL GHOZI, *Président de l'association « Elus, santé publique & territoires »*

Il n'y avait aucun pessimisme dans ce que je disais. Il y avait dans ce que j'ai entendu la demande transversale de donner aux ASV les moyens de remplir leur mission et de limiter leur mission, car le champ peut être tellement vaste – on peut leur demander d'élaborer le programme local de santé et de construire le CLS – que c'est une façon de les noyer et de les faire disparaître. D'où cette exigence de clarifier les missions, de les renforcer, de leur donner du temps, des financements pérennes et de leur donner l'autorité indispensable pour mobiliser, pour faire du partenariat. C'est parce que ce qu'ils apportent est utile, que personne ne l'a apporté avant, qu'il ne faut pas trop charger la mule, sauf si on veut la faire mourir. Cette question transparaisait dans tous les ateliers. Rapprocher les cultures oui, favoriser les formations transversales oui. Redéfinissons parce qu'on voudrait faire porter à l'Atelier santé ville. Si c'est la totalité de la politique de santé, y compris de la part des ARS qui leur demandent des choses qu'elles-mêmes n'arrivent pas à faire, alors, c'est une façon de tuer l'ASV.

Nadia LAFKIHI, *Coordinatrice Atelier santé ville, Evry*

Si une ARS va jusqu'à demander ce que vous dites, c'est parce qu'elle ne connaît pas l'ASV, ses missions et son fonctionnement. Cela fait des années qu'on se rencontre, on dit toujours la même chose, le bien-fondé, la légitimité des ASV, le travail connu et reconnu, c'est bien, mais on ne va pas continuer à se réunir pour répéter sans cesse la même chose. Quelle est la suite ? Je trouve qu'il est épuisant de toujours faire du lobbying auprès des nouveaux délégués du Préfet, auprès du nouveau Préfet délégué pour l'égalité des chances (Pdec) alors qu'on a passé trois ans à convaincre l'ancien du bien-fondé du volet du Cucs, du travail de l'ASV. Quand par malheur il a fini par être convaincu et qu'il s'en

va, vous recommencez le même boulot. Ça suffit ! Nous avons autre chose à faire que cela. Vous avez vu la dimension de notre travail ! Ça suffit ! Notre travail est clair. Maintenant que les autres jouent leur rôle, qu'ils fassent leur boulot. Il y a des instances. Vous nous parlez du conseil de santé qui a acté certaines choses, que le ministre de la politique de la ville fasse son job auprès des Pdec !

Je poursuis parce que je n'ai pas fini - Bonjour, monsieur le Ministre, ravie de vous rencontrer ! Que le ministre fasse son travail auprès des agents, des Préfets délégués à l'égalité des chances, auprès des délégués du Préfet sur ce qu'est un Atelier santé ville. Nous sommes sans cesse en train d'expliquer ce que nous sommes, sur quoi nous travaillons, quelles sont nos missions, quels publics nous rencontrons, nous touchons, combien nous recevons de subventions. Ce n'est pas aberrant ? Nous avons autre chose à faire. Que ceux qui nous représentent fassent leur boulot !

Laurent EL GHOZI, *Président de l'association « Elus, santé publique & territoires »*

Cela confirme exactement les deux mots que j'avais mis en exergue : 1) engagement et conviction - pas de doute là-dessus et 2) inquiétude. Comment clarifions-nous cela ? C'est la question que nous allons poser à M. François LAMY. Il faut répondre à cette inquiétude. Nous pourrions presque dire que les ASV sont victimes de leur succès, qu'on leur demande de plus en plus de choses, et qu'en même temps, on leur demande chaque fois de faire la preuve que ce qu'ils font est utile et nécessaire. Je considère, à titre personnel, que l'ASV est un dispositif militant qui, non seulement cherche à améliorer la santé des habitants et à réduire les inégalités, mais qui en plus cherche à faire bouger le système de santé. Ils ne sont pas là pour mettre en place des petits dispositifs de prévention, des petites actions au jour le jour. Ils sont là pour transformer, pour passer du soin à la prévention et à la santé globale, pour mobiliser les habitants, faire de la démocratie sanitaire, etc. C'est un travail militant qui ne peut pas s'arrêter mais pour lequel il faut sans arrêt faire la preuve.

[Clôture de la rencontre

François LAMY, Ministre délégué en charge de la Ville

Olivier ROVERE, Président de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville

M.LAMY, ministre délégué en charge de la Ville, merci de nous faire l'honneur de clôturer ces débats qui ont été très riches pendant deux jours et ont permis d'accueillir plus de 200 personnes chaque jour. Vous avez pu l'entendre à votre arrivée, des échanges assez vifs ont eu lieu.

- Ces débats ont pu confirmer l'engagement au plus près des territoires, dans les quartiers, d'un ensemble d'acteurs qui sont particulièrement préoccupés par les questions de santé et tentent d'apporter une réponse : le secteur associatif, les professionnels de santé de premier recours, les élus. Cet engagement et cette mobilisation sont le résultat des travaux de coordination et d'animation des Ateliers santé ville.
- La mise en œuvre de la politique nationale et la politique régionale à travers les ARS sont très diverses dans les régions. Les articulations entre la politique de la ville et ces Agences régionales de santé montrent des réalités qui parfois divergent.
- Au-delà de ces interrogations, la grande inquiétude est l'avenir des Ateliers santé ville au regard de la réforme annoncée de la politique de la ville. Quelle place aura la santé dans cette nouvelle réforme ? Et quid de la démarche Atelier santé ville qui, après douze ans, n'est plus dans un stade d'expérimentation ? Elle a mis en valeur tout ce que l'on pouvait construire dans la proximité pour répondre à des besoins criants. Merci de votre présence encore une fois.

François LAMY, Ministre délégué en charge de la Ville

Mesdames et Messieurs, merci de votre accueil. Ces deux jours de travaux ont été l'occasion pour vous de réfléchir à l'avenir de vos actions. Je vais avoir l'occasion, je l'espère, de donner les meilleures réponses aux questions que vous vous posez. Je sais que vos échanges ont été riches en retours d'expérience et je tiens à saluer votre engagement au quotidien, vos capacités d'analyse couplées à des connaissances sérieuses des politiques de santé et à la maîtrise de conduite de projets, qui permettent de mobiliser durablement les acteurs et les professionnels de santé.

Les Ateliers santé ville font partie des actions prometteuses en matière de réduction des inégalités de santé. En sollicitant les acteurs concernés par des actions de prévention et de promotion de santé, vous contribuez à les mobiliser. Cette mobilisation permet de rendre effectif l'accès aux services sanitaires et sociaux de droit commun pour les huit millions d'habitants des quartiers populaires. La situation dans ces quartiers populaires vous est connue. Vous savez comme moi que les écarts dans l'accès aux soins sont alarmants, qu'ils se dégradent rapidement dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville. Pour ne citer que quelques chiffres dans les zones urbaines sensibles, un tiers des habitants se considère en mauvaise santé contre 27 % en dehors de ces quartiers. Il n'est pas rare d'y croiser des citoyens obèses ou en surpoids, et la mauvaise santé bucco-dentaire y est plus fréquente. Un tiers des femmes se déclare souffrir de maladies chroniques.

Agir pour réduire les inégalités sociales dans ces quartiers doit être un objectif prioritaire des systèmes de santé. J'ai bien conscience qu'il n'existe pas en ce domaine de modèle miracle. Si la santé est une priorité, c'est aussi parce qu'elle peut être un frein bloquant à l'accès à l'éducation, à l'emploi. Dès leur plus jeune âge, les habitants des quartiers populaires font injustement face à des inégalités en matière d'accès aux soins. Les inégalités sociales, lorsqu'elles se cumulent, conduisent à des inégalités de santé, des difficultés liées à l'enclavement des territoires, la fragilité de l'emploi, l'instabilité à des parcours personnels ont des répercussions qui s'expriment dans les corps. Par conséquent, cela implique à la fois un renforcement des politiques de santé en faveur des habitants des quartiers populaires et le développement d'approches qui leur soient qualitativement adaptées.

Vous savez – et j'en suis conscient tous les jours – que le ministère de la Ville ne règlera pas seul tous les problèmes de notre société. L'objectif est de casser les ghettos qui se construisent en ville, de casser les ghettos qui se construisent aussi parfois dans les têtes. Ces ghettos génèrent des phénomènes dangereux pour la cohésion nationale et sociale. Je suis par essence un ministre interministériel, ce qui veut dire que j'essaie de territorialiser chacune des actions de mes collègues pour qu'ils en fassent plus pour les quartiers populaires. Beaucoup pensent qu'on en a fait plus pour les quartiers populaires que dans les autres quartiers. Vous savez, vous qui êtes les acteurs principaux, que c'est faux. Progressivement, ce qu'on appelle le droit commun s'est désengagé, laissant la politique de la ville et ses seuls crédits faire face à la situation que je vous ai décrite au début de mon propos.

Aujourd'hui, nous engageons le changement dans ces quartiers en participant au rétablissement de l'égalité républicaine. C'est ce que le Premier ministre a annoncé le 19 février dernier après un Comité interministériel des villes qui a pris 27 mesures très concrètes. Pour la santé, dans les quartiers populaires, ce Comité interministériel des villes va se traduire – comme je le fais d'ailleurs avec l'ensemble de mes collègues – par la signature en fin de semaine prochaine d'une convention avec Marisol TOURAINE, la ministre des Affaires sociales et de la Santé, pour « mettre le paquet » sur la santé. Cette convention est un nouveau modèle d'organisation du gouvernement. C'est une première dans l'action gouvernementale, le fait qu'un ministre conventionne avec un autre ministre. C'est pour moi un enjeu majeur. Ces conventions seront des conventions triennales. Trois ans, c'est ce qui permet de monter en puissance les dispositifs et de pouvoir les évaluer correctement pour que ces objectifs, ces moyens, ces méthodes ne finissent pas dans un tiroir de ministère notamment à l'occasion d'un changement de gouvernement ou d'un remaniement. J'ai découvert moi-même au ministère de la Ville des bouts de programmes, de plans d'urgence, de plans Marshall, qui subsistaient sans aucune cohérence et qui perduraient dans les territoires sans jamais avoir été évalués. Je souhaite au travers de ces conventions en finir avec ces pratiques.

Cette convention que je signerai avec Marisol TOURAINE inclut des objectifs concrets dont je suivrai attentivement la mise en place. En effet, 23 % des habitants des zones urbaines sensibles ne vont pas consulter parce qu'ils n'en ont pas les moyens, contre 17 % hors zones urbaines sensibles (Zus). L'objectif est de réduire cet écart de moitié d'ici à 2015. En matière de prévention, le taux de dépistage des maladies chroniques est plus faible dans les Zus que dans les autres agglomérations de référence. L'objectif est, d'ici à 2015, de réduire également de moitié ces écarts.

Cette même convention est l'occasion de marquer la spécificité des quartiers populaires dans le cadre de la stratégie nationale de santé, en favorisant la prévention pour les habitants des quartiers prioritaires. Le développement de l'offre de soins de premier recours est visé en déclinant le pacte de santé, notamment par le soutien aux centres des maisons de santé. J'en ai parlé avec Marisol TOURAINE qui souhaite que nous dotions de moyens supplémentaires ces maisons de santé, pour qu'on puisse les soutenir activement, y compris par les crédits de la politique de la ville ou de l'Agence nationale de rénovation urbaine, ces implantations, ces centres ou ces maisons de santé, qui sont des facteurs d'attractivité, de sécurité pour les professionnels. Ces maisons permettent un accès à la prévention et à des soins de proximité de qualité. Bien entendu, cela doit partir du terrain, de la base. Nous n'allons pas faire un énième plan de création de maisons de santé. Elles ne peuvent fonctionner que si elles partent de projets locaux, venant des élus ou des professionnels.

Enfin, je vais vous parler des ASV dans le cadre de cette convention. Je pense que les ASV sont des outils cruciaux pour améliorer la cohérence et la pertinence des actions destinées aux habitants des quartiers. Leur force est de pouvoir engager les élus dans la mise en œuvre d'une politique de santé publique adaptée au contexte économique et social des plus difficiles. En politique de la ville, on a promu depuis trop longtemps des dispositifs mis en place côte à côte, sans se poser la question de leur cohérence. Il faut retrouver, trente ans après, les bases de la politique de la ville. Cette politique de la ville est l'anti-millefeuille administratif, car il faut travailler les acteurs concernés en cohérence et de manière transversale. Les Ateliers santé et leur portée des outils concrets de la politique de la ville et leur évolution est d'actualité, avec la mise en place de la nouvelle génération des contrats de ville.

Le nouveau contrat de ville que je propose pourra comporter, en fonction des orientations, des acteurs locaux, un volet social qui inclura naturellement les questions de santé. J'insiste là-dessus, quand je dis « pourra comporter », c'est parce que, pour moi, les contrats de ville ne doivent pas être dirigés d'en haut. Il y aura trois volets obligatoires : un volet jeunesse - parce que c'est la priorité du Président de la République et du gouvernement de diriger l'ensemble de nos politiques publiques vers la jeunesse -, un volet national sur le droit des femmes - qui est un enjeu principal des quartiers populaires -, et un volet de lutte contre les discriminations et les stigmatisations - parce que c'est le fil conducteur de la vie à l'intérieur de ces quartiers. Il faudra ensuite des volets santé, mais je souhaite que l'inscription dans ces contrats de ville fasse l'objet du débat sur la

contractualisation entre le Président de l'intercommunalité, le Maire qui sera l'opérateur et le Préfet qui sera le représentant de l'État. Le Préfet aura des consignes pour que, partout où il y a des dispositifs engagés depuis plusieurs années, il y ait un volet santé. Mais ce ne sera pas une priorité nationale. Si vous voulez, je pourrai après mon intervention, répondre à quelques-unes de vos questions. Je vois des regards ébahis. Ces ASV seront partie prenante du nouveau contrat de ville. J'inviterai prochainement les Préfets à mettre le plus grand nombre d'acteurs concernés autour de la table pour préparer ces nouveaux contrats qui entreront en vigueur dès 2014, pour la durée du mandat municipal et à l'échelle de l'intercommunalité.

Une nouveauté qui fait partie des décisions du Comité interministériel des villes – j'entendais les propos sur les rapports entre les Agences régionales de santé et la politique de la ville, rapports qui sont parfois compliqués –, est que les Agences régionales de santé seront signataires de tous les nouveaux contrats de ville, ce qui permettra de développer les cofinancements dont vous avez besoin par la mobilisation de ce qu'on appelle le droit commun. Le travail avec les ARS est un chantier important pour moi et nous allons afficher clairement l'enjeu des quartiers et des publics prioritaires dans les programmations régionales et locales. Si j'ai insisté pour que les Agences régionales de santé participent pleinement au partenariat contractuel spécifique de la politique de la ville, c'est parce que pour faire face aux inégalités de santé, elles doivent apporter leurs orientations de santé publique, leur expertise technique et leurs ressources. Par exemple, la ville de Nantes mérite d'être évoquée, car grâce au lancement d'un appel à projet commun entre l'Atelier santé ville, l'ARS et les collectivités locales – entre autres, la ville de Nantes et Nantes Métropole –, les acteurs ont pu réellement travailler ensemble. Chacun des partenaires a découvert de nouveaux opérateurs, ce qui leur a donné une vue globale sur tous les acteurs en matière de santé.

L'organisation de l'articulation entre les volets santé des nouveaux contrats et des Contrats locaux de santé est également un enjeu majeur. Il s'agit en particulier d'assurer la reprise de l'acquis des Ateliers santé ville, notamment en matière de participation des habitants, de mobilisation d'acteurs et de partenariats, y compris sur le plan financier et avec le maintien d'un dispositif d'animation et de suivi propre aux quartiers prioritaires. Le travail a été largement engagé en 2011, conforté en 2012 et bien entendu il se poursuivra en 2013. Il sera tenu compte des nouveaux Contrats locaux de santé sur les territoires où un Atelier santé ville est présent.

Enfin, le réseau que vous formez vous permet de créer une dynamique intéressante et je m'engage à la renforcer, notamment en mettant l'accent sur les territoires peu couverts et concernés par des enjeux importants de santé. Je voudrais que vous soyez persuadés à la fin de mon propos et avant de répondre à vos questions, que face à l'urgence sociale et dans un contexte d'actualité budgétaire difficile, le gouvernement néanmoins agit pour redonner confiance aux habitants des quartiers populaires pour redresser notre pays dans la justice et pour, d'abord et avant tout, être utile contre les inégalités. Je sais pour cela, dans cet objectif, pouvoir compter sur votre action résolue dans cette direction. Je vous en remercie.

[Echanges avec la salle

Julie Le GOIC, Adjointe au maire déléguée à la santé de la ville de Brest

Je suis adjointe au maire de Brest. Nous disposons d'un Atelier santé ville et tout à l'heure, nous nous posons des questions concernant ces fameux contrats de ville que vous nous avez rapidement présentés. Vous nous dites que vous souhaitez que cela rentre en action dès 2014. Vous êtes au courant que dans les équipes municipales, ce n'est pas la période la plus facile pour préparer l'avenir et pour engager une municipalité future. Je me demandais à quel rythme nous allions être contactés et comment cela allait se travailler. Cela va demander du temps aux services et aux élus. Quels moyens seront mis en œuvre pour nous permettre de financer ce temps de travail supplémentaire ? Contractualiser aussi rapidement, n'est-ce pas risquer une contractualisation ne tenant pas compte des diagnostics locaux ? Aussi, va-t-il y avoir une aide financière pour les villes qui souhaitent passer du temps sur un contrat intelligent et pas fait à la va-vite d'ici 2014 ?

Alexandre FELTZ, Vice-président de la Cus, Conseiller municipal délégué à la santé, ville de Strasbourg

J'ai eu la chance de vous accueillir dans une des maisons urbaines de santé au Neuhof. Je suis très content de cette implication et notamment de l'idée de sanctuariser une partie de l'argent de la rénovation urbaine dans le cadre des maisons urbaines de santé. Cela me semble très positif. Par contre, de ce que j'ai entendu de votre discours, j'ai du mal à voir comment on va arriver à sauvegarder l'animation territoriale des Ateliers santé ville. On a beaucoup discuté pendant ces journées. Cette richesse de l'animation sur les territoires au plus près de la population, grâce à des coordinateurs et des élus locaux en lien avec les sous-préfets qui souvent copilotent ce travail doit être sauvegardée. L'inquiétude des différents intervenants concerne cette animation. Est-ce que ces animations auront une place dans ces nouveaux contrats de ville ? Comment ces choses s'articuleront-elles ? Cette question me semble fondamentale.

Marianne AUFFRET, Maire adjointe en charge de la santé, Mairie du 14^e arrondissement de Paris

Nous sommes tous élus locaux, je suis maire adjointe à Paris, en charge de la santé. Je n'ai pas bien compris ce que vous entendiez par contrat de ville.

François LAMY, Ministre délégué en charge de la ville

Commençons par la question des délais. J'ai été élu local, il n'y a jamais de bonne période. Avant les municipales, on ne peut pas faire, juste après il faut mettre en place les intercommunalités et juste après on tombe dans les élections cantonales, les régionales. C'est pour cela que j'ai souhaité que ces contrats de ville s'étalent sur six ans, sur la durée du contrat local, pour qu'on ait des acteurs qui ne soient pas totalement démunis. On repartira de ce qui se fait localement. La difficulté est que je souhaite que ces contrats soient globaux, qu'on n'additionne pas des dispositifs les uns à côté des autres et qu'ils ne soient pas coordonnés. Je vais prendre l'exemple d'un dispositif qui fonctionne plutôt bien, que sont les programmes de réussite éducative. Ils ne sont pas totalement inclus dans une stratégie de territoire. L'idée du contrat de ville est de commencer d'abord par définir une stratégie de territoire, repérer les difficultés majeures en fonction de son territoire. Certains endroits sont beaucoup plus avancés que d'autres. Sur certains territoires, les dispositifs en matière de politique de la ville se sont additionnés, superposés. Chaque dispositif pris individuellement fonctionne, mais il n'y a pas de cohérence globale entre les acteurs locaux et sur l'enjeu principal qui est la mobilisation du droit commun.

On peut continuer comme on fait depuis trente ans. Le rapport de la Cour des comptes le montre. Ce ne sont pas les 500 millions du ministère de la Ville qui vont régler le problème des quartiers populaires. Ce qui règlera peut-être de manière structurelle la question des quartiers populaires est la mobilisation du droit commun à la fois des collectivités et de l'État. C'est l'enjeu qui est posé à chacun des ministres avec un inégal succès. Nous avons des dispositifs de politique de la ville dans les quartiers populaires depuis trente ans, mais le résultat est que la situation sociale et économique dans ces quartiers s'est aggravée. Il faut savoir pourquoi ? Parce qu'il y a une mobilité des habitants qui, lorsqu'ils vont mieux, s'en vont et ceux qui arrivent sont dans de plus grandes difficultés. D'où l'objectif numéro un de casser, y compris par la rénovation urbaine, les ghettos.

Le deuxième sujet est qu'il n'y a pas de mobilisation du droit commun. Nous en faisons moins dans ces quartiers que ce qu'on fait ailleurs. L'enjeu des prochaines années est là. Je reviens sur la question du diagnostic du territoire dont vous dites qu'il est fait. Oui, parfois, par les élus locaux, par un certain nombre d'acteurs. Par exemple, Pôle Emploi ne participe pas à cette stratégie de territoire parce que l'opérateur principal chargé de trouver des solutions aux

problèmes de chômage dans les quartiers n'est pas organisé structurellement pour s'occuper des quartiers en difficulté. Il y a des stratégies de territoire, mais il n'y a pas Pôle Emploi. Les Caf ne signent pas la moitié des Contrats urbains de cohésion sociale. Pensez-vous que cela est logique par rapport à l'accueil de la petite enfance ? Je pourrais multiplier les exemples. Nous avons des dispositifs de prévention de la délinquance qui existent, mais les procureurs ne sont pas associés à la définition des stratégies de prévention. Comment pense-t-on régler ces problèmes si on n'inclut pas à un moment de la réflexion le procureur ? Il va falloir que cette stratégie de territoire associe un certain nombre d'acteurs. Cela est plus compliqué en matière de santé parce que les Agences régionales de santé par nature sont régionales et que les déclinaisons locales sont plus compliquées, mais si on n'inclut pas les agents qui sont au plus près du terrain du ministère des Affaires sociales et de la Santé et si on ne connecte pas, à l'occasion de la définition de la stratégie de territoire, les politiques menées par le ministère des Affaires sociales et de la Santé et le ministère de la Ville, nous continuerons à avoir des dispositifs. Vous continuerez à vous poser la question de savoir pourquoi les ARS ne sont pas plus impliquées et les ARS continueront à vous ignorer considérant que ce n'est pas le sujet. L'enjeu politique est là. Ce sera difficile, car il faudra mettre plus de personnes autour de la table pour contractualiser ensemble. Ce sera plus long. Nous allons réfléchir à l'organisation pratique du dispositif, mais c'est essentiel. S'il n'y a pas de mobilisation du droit commun, j'ai bien peur que dans les cinq, dix, quinze prochaines années, nous continuions à nous poser la question de savoir pourquoi la situation dans les quartiers populaires est plus difficile que maintenant.

Nous sommes en train de travailler avec des professionnels sur la méthodologie. Lorsque j'ai dit qu'il n'y aurait pas de volet santé défini nationalement, c'est parce que je ne crois pas que ce soit au niveau national que nous devons imposer ce qui doit se faire sur les territoires. Il y a des grandes thématiques, mais plus je vais en mettre nationalement, moins localement les choses se mettront en place. Les Préfets ont des consignes, ils iront partout où des dispositifs Atelier santé ville existent. Il faudra les conforter, les inclure dans la discussion et dans l'action du volet. Localement, quels seront les volets retenus dans les contrats assez naturellement par les acteurs locaux ? Il y aura forcément un volet emploi parce que la situation en la matière dans les quartiers populaires est dramatique. Il y aura forcément,

partout où il y a des professionnels et des élus engagés, un volet santé et, partout où il n'y en a pas, le Préfet aura pour consigne de développer des actions santé. À certains endroits, il faudra un volet transport et à d'autres non. Nous regarderons sur les volets de prévention de la délinquance, car les situations sont différentes selon les territoires. On ne décline pas des actions de prévention de la délinquance de Paris de la même façon que quand il s'agit des quartiers Nord de Marseille ou de la banlieue d'Angers ou de Blois. Les réalités sont totalement différentes. J'étais à Fécamp la semaine dernière, il y a un quartier populaire, mais les problématiques sont complètement différentes de celles des quartiers Nord de Marseille que je connais bien. Je souhaite que les acteurs locaux, à partir du diagnostic de territoire, puissent discuter, déterminer les volets prioritaires et qu'ils les mettent en œuvre. Ce sera bien entendu le rôle des crédits de la politique de la ville de s'impliquer.

Un dernier volet pour répondre à une question que vous ne m'avez pas posée : où s'engageront les crédits de la politique de la ville ? Ils s'engageront principalement dans les quartiers prioritaires. Il y aura peut-être des contrats de ville sur des territoires actuellement en Contrat urbain de cohésion sociale qui ne seront pas retenus dans les quartiers prioritaires que nous sommes en train de définir. Pour l'instant, nous avons 2500 Contrats urbains de cohésion sociale, alors qu'il y avait soixante quartiers il y a trente ans. Nous avons accumulé les dispositifs et on finit par saupoudrer la politique de la ville. Ce constat est fait par chacun des ministres quand il arrive et puis on lui explique que, s'il réduit les crédits dans tel ou tel quartier, il se met à dos les élus locaux, c'est mal préparé les élections municipales, alors on continue. Le résultat est que 25 % à 30 % des crédits de la ville relèvent du saupoudrage. J'ai été maire de Palaiseau durant onze ans, elle a un Atelier santé ville qui bénéficie d'un Contrat urbain de cohésion sociale et la ville dispose des moyens nécessaires pour financer elle-même ces opérations et n'a pas besoin de l'État. Quand on me l'a proposé, je l'ai pris.

Marianne AUFFRET, Maire adjointe en charge de la santé, Mairie du 14^e arrondissement de Paris

C'est gonflé. Vous ne nous transférez pas cinq milliards de dotations et vous nous demandez de financer des dispositifs.

François LAMY, Ministre délégué en charge de la ville

Je vous parle de ma commune. Je connais sa richesse. Vous trouvez logique que la ville de Cannes se trouve en politique de la ville ? Ou celle de Biarritz ? Au fil des années, on a

donné des moyens de la politique de la ville. Vous trouvez cela normal. Je sais qu'il y a des craintes sur Paris, mais il n'y a pas de raison. Partout où il y a concentration de pauvreté, des moyens de la politique de la ville seront donnés. On tiendra aussi compte de l'effort financier, du potentiel financier d'une commune. On va plus aider les communes pauvres que les riches. On va certainement aider les communes pauvres qui se sont senties obligées de soutenir leurs habitants, qui ont augmenté leurs impôts pendant que d'autres annonçaient à leurs habitants qu'ils ne toucheraient pas aux impôts, alors que ces habitants peuvent se le permettre en attendant les crédits d'État. La véritable égalité républicaine est de donner plus à des communes et à des quartiers qui en ont moins. Si vous voulez lever le droit commun, arrêter le saupoudrage et voulez qu'il y ait un engagement de l'ensemble des administrations, il faut fonctionner comme cela. Je vais aller encore plus loin. Je ne débloquerai les crédits de la politique de la ville qu'à partir du moment où les moyens de droit commun se seront débloqués.

Alexandre FELTZ, Vice-président de la Cus, Conseiller municipal délégué à la santé, ville de Strasbourg

La santé est un bon exemple, l'Atelier santé ville a démontré par rapport à d'autres volets qu'il a comme souci de mobiliser le droit commun et le plus possible parce que cela fait partie du logiciel des professionnels de la santé. Cela m'amène à vous poser la question de la logique. Pourquoi ne pourrait-on pas au niveau national dire que le volet santé est obligatoire et nous le ferons à notre sauce au niveau local. En ne mettant pas « obligatoire » sur la question de la santé - parce que la santé n'est pas considérée comme étant du ressort des élus locaux - vous prenez le risque que la santé ne soit pas prise en compte dans les contrats de ville. D'autre part, je comprends que le Président de la République ait décidé que la jeunesse était prioritaire. Cela ne change rien, un volet peut tout à faire répondre aux critères exposés, il n'est pas besoin de l'imposer au niveau national. Nous pouvons le faire au niveau local.

François LAMY, Ministre délégué en charge de la Ville
Je comprends. Si j'avais en face de moi des professionnels de l'éducation, ils me diraient que c'est insupportable. Et ce serait la même chose pour tous les sujets. Quand je vous parle de la jeunesse, ce n'est pas uniquement parce que c'est un engagement du Président de la République. Je pense que je suis comptable de cet engagement parce que le Président a été élu sur ces engagements et le gouvernement est là pour mettre en œuvre ses

engagements. Cela s'appelle la démocratie. La question de la jeunesse est un enjeu primordial dans ces quartiers, c'est l'avenir. Nous avons réservé des quotas particuliers dans les contrats d'avenir pour ces quartiers de la politique de la ville. Je veux vous rassurer : partout où il y a des dynamiques engagées en matière de santé, elles perdureront. L'objectif est de les connecter avec les politiques de droit commun. Pour qu'un Atelier santé ville fonctionne, il faut des acteurs de terrain. Partout où il y aura des acteurs de terrain, cela se mettra en place. Je pourrais arriver et décréter un plan santé qui n'aurait pas d'application réelle parce que pas de mobilisation du droit commun. Les conventions sont des objectifs assignés aux différents ministres en matière de quartiers prioritaires. Mais je sais bien qu'une fois signée, ce sera une bataille pour que leurs administrations prennent en compte leur contenu. Cette bataille est nationale et locale. Vous allez disposer de ces outils et de ces objectifs. Il faut laisser de la place à la contractualisation locale pour que cela fonctionne.

Lorsque j'affirme comme principe le fait qu'il faut d'abord mobiliser le droit commun pour qu'ensuite les crédits de la politique de la ville fonctionnent, bien entendu que ce ne sera pas fait de manière aussi manichéenne. Je pense moins au secteur de la santé lorsque je dis cela qu'à d'autres secteurs. Si dans la logique de négociation, quand chacun affichera ses besoins et ses moyens, il faudra d'abord afficher le droit commun avant d'afficher les crédits de la politique de la ville. Sinon il se passera ce qu'il se passe depuis trente ans et je crois que si nous voulons un changement structurel à l'intérieur de ces quartiers populaires, il faut faire changer les autres. Il n'y a pas trente-six solutions. On parle de programmes de réussite éducative parce que c'est l'exemple le plus caricatural. Nous sommes dans une situation où les programmes de réussite éducative sont financés par les collectivités dans la majeure partie des cas et à 100 % par le ministère de la Ville, mais absolument pas par les ministères concernés par la réussite éducative. Soit vous négociez et ça ne marche pas, soit vous inversez les choses et il faut prendre des décisions.

Laurent EL GHOZI, Président de l'association « Elus, santé publique & territoires »

Je pense que nous sommes tous d'accord pour dire que la politique de la ville a un rôle de redistribution, que c'est un facteur d'égalité des territoires et qu'il doit y avoir plus pour les quartiers et les populations qui ont moins. Pas de souci. Nous sommes aussi d'accord pour dire que le rôle de la politique de la ville est une exigence de transversalité, de cohérence territoriale, de mobilisation de tous les acteurs, de

tous les services – Caf, CPAM, hôpital... –, l'ensemble des services et des acteurs publics et privés dans une cohérence territoriale.

C'est ce que font les Ateliers santé ville : mobiliser l'ensemble des acteurs publics et privés à partir de priorités locales et besoins des inégalités locales pour mettre en œuvre le droit commun. Quand les Ateliers santé ville se battent pour plus de prévention avec les acteurs de la prévention, ils mobilisent le droit commun. Quand ils se battent pour l'accès aux droits sociaux, à la CMU, à la complémentaire, ils se battent pour le droit commun. Ils n'inventent pas autre chose. Ils ont - dans ce que tu évoques - un rôle de mobilisation et d'ensembliser des acteurs de droit commun. Cette nouvelle politique me paraît très exactement inscrite dans cette continuité. Si les Ateliers santé ville et en particulier les financements de coordinateurs d'atelier disparaissent, les villes qui se sont engagées dans ces politiques de santé - dans la direction que je viens d'indiquer - les villes qui n'auront pas le moyen de continuer ne le feront pas parce que ce n'est pas une compétence obligatoire des villes. Tu le sais parfaitement, alors que la réussite éducative, au contraire, cela fait partie de leurs prérogatives. Ils ont obligation de faire. Je suis d'accord pour qu'on arrête de saupoudrer, mais s'il n'y a pas une incitation plus que forte et continue du gouvernement dans son ensemble sur la santé, ces politiques vont s'étioler. Il n'y a pas dans le champ de la santé d'autres obligations pour les villes. Le CLS prévu par la loi HPST est optionnel.

Dernier point, trois thèmes obligatoires : il n'y a pas pire discrimination et inégalité que le non-accès à la santé et la mortalité prématurée. Deuxième préoccupation : les femmes. Leur première préoccupation est le droit à leur corps, contraception, maternité, périnatalité, prévention des cancers. Quant à la jeunesse, c'est l'investissement majeur sur lequel je trouve qu'on ne fait pas assez au niveau des villes et des collectivités, mais il n'y a pas de réussite scolaire, d'insertion sociale, professionnelle, voire affective, si on n'a pas de dents, si on est en mauvaise santé, si on est déprimé.

Ces trois priorités ne peuvent pas donc se concevoir pour les populations dont on parle si on ne s'intéresse pas spécifiquement et concrètement à leur santé.

François LAMY, *Ministre délégué en charge de la Ville*
Où est le désaccord ? Je te remercie de ton intervention. On n'est pas obligé de s'inventer des problèmes là où il n'y en a pas. J'entends parler de disparition des coordinateurs

d'Ateliers santé ville. Qui a parlé de cela ? Qui a dit qu'il n'y en aurait plus sur les quartiers prioritaires ? Je dis simplement qu'il existe des quartiers prioritaires, là où il y a des concentrations de pauvreté, là où il y a des problèmes de santé. Il y a environ mille quartiers en Contrat urbain de cohésion sociale de priorité 1. Il se trouve que nous devrions avoir mille quartiers prioritaires de la future géographie prioritaire. La vraie question est : les 1 500 qui n'y seront plus. Vous savez - parce que les indicateurs le montrent - le rôle de la politique de la ville est de travailler sur les concentrations de pauvreté. Le rôle du ministère de la ville n'est pas de régler tous les problèmes d'emploi, de santé, de désenclavement, de sécurité. Cela relève du ministère de l'Intérieur, du ministre des Transports, de l'Emploi, de la Solidarité et des Affaires sociales. C'est comme cela que fonctionne la République dans ce pays.

Nous sommes un ministère qui, lorsqu'on constate des fractures territoriales plus fortes, mobilise le droit commun, donne des crédits qui servent d'effet tremplin pour ces quartiers prioritaires. Sinon on saupoudre. Nous donnons 6 000 € parfois à des communes pour des Contrats urbains de cohésion sociale. On donne des actions de soutien à la parentalité, dans ma commune nous avons 1 500 € pour 30 000 habitants. Que faites-vous avec cela ? Rien, il faut y mettre fin. Sur la question du volet santé, tu parles du CLS. L'objectif est qu'à partir du moment où il y a un diagnostic, une stratégie de territoire, il faudrait que ces CLS soient le volet santé du futur contrat de ville. C'est ça l'objectif : que l'ensemble des professionnels soit mobilisé. Le travail mené par les Ateliers santé ville est majeur dans ce dispositif. Je n'oppose pas, je cherche à compléter. Il n'y a pas d'inquiétude à avoir sur le maintien du dispositif, ni sur le fait que l'Etat, en matière de santé, de sécurité, d'éducation, agira par l'intermédiaire des Préfets. Partout où des collectivités pourraient agir, il faut plutôt que ce soit le droit commun qui s'applique. Je ne vois pas en quoi ce ne serait pas de la responsabilité d'un maire de se préoccuper des problèmes de santé, de formation, des administrés dans un quartier populaire.

Julie LE GOIC, *Adjointe au maire déléguée à la santé de la ville de Brest*

Monsieur le Ministre appelle à la contractualisation d'ici à 2014. Comme la santé n'est pas une compétence obligatoire, que beaucoup de villes ont été écornées d'un point de vue financier ces dernières années, la laisser comme une option dans la contractualisation et demander de plus l'intervention du droit commun en préalable au financement des projets, c'est prendre le risque de voir les

villes ne pas s'engager. Elles ne s'investiront pas et ne pourront pas s'investir, même s'il y a des besoins. Je vois mes collègues : si au prochain mandat, on me dit le droit commun doit payer d'abord – ce qu'on fait déjà en partie – si en plus je n'ai plus la garantie de l'arrivée... Toutes les villes ne sont pas engagées depuis longtemps en matière de santé. Certaines débudent et si elles n'ont pas d'émblée le soutien de l'État financier, politique et affirmé, elles ne s'engageront pas ! Nous sommes quelques villes exemplaires, mais nous ne pensons pas qu'à nous. Nous pensons à toutes ces autres communes qui ne pourront pas et ne voudront pas se coltiner un volet santé qui n'est pas obligatoire et que l'argent viendra éventuellement après. Ce n'est pas possible. Il faut en faire un volet obligatoire et bien financé de la future politique de la ville !

François LAMY, Ministre délégué en charge de la Ville

Nous nous sommes mal compris. Je vous dis que l'argent viendra après la signature du contrat. Je vous dis simplement que le rôle du Préfet en matière de politique de la ville sera d'abord d'interroger tous ceux qui doivent lever le droit commun avant de dire combien l'État mettra sur les crédits de la politique de la ville. Quand vous dites que des élus ne s'engageront pas, que ce n'est pas de leurs compétences, vous êtes la preuve concrète que des élus s'engagent. Le travail du ministre de la Ville va être d'identifier les ASV et il y aura de nouveaux ASV bien entendu. Oui, il faudra que certains élus s'engagent plus en fonction de leur territoire, en matière de moyens.

Je vais vous donner un autre exemple. Un maire a défrayé la chronique début décembre parce qu'il n'arrivait pas à boucler son budget. C'est le maire de Sevrans qui a fait la grève de la faim devant l'Assemblée nationale pour réclamer plus de crédit de l'État. Ce maire appartient à une intercommunalité. Il n'y a pas de dotation de solidarité communautaire alors que cette intercommunalité est riche. Trouvez-vous cela normal ? Moi, non. La solidarité doit d'abord s'organiser à l'intérieur de ce territoire. Je dirais à cette intercommunalité de commencer et que l'État viendra en complément. C'est comme cela que nous arriverons à ce que, dans les mille quartiers prioritaires, à échéance de deux à trois ans, nous ayons les moyens que nous avons actuellement. C'est en levant le droit commun partout. Lorsque je signe une convention avec l'Association des régions de France qui vont signer partout les contrats de ville, ce n'est actuellement qu'un tiers des Régions qui participe et tout le monde trouve cela normal. Concernant les compétences sociales, seul un tiers des Conseils

généraux sont signataires des Contrats urbains de cohésion sociale. S'il y a bien une collectivité dont c'est la compétence de s'occuper des questions sociales, c'est bien le Conseil général. L'enjeu de la bataille est bien de lever ce droit commun et pas de dire si vous ne le faites pas, ce n'est pas grave, l'État va le faire à votre place. Si on fait comme cela, on se reverra dans vingt ans avec les mêmes problématiques dans ces quartiers populaires.

Cécilia MASSELLI, Coordinatrice ASV, Gip de Grigny et Viry-Châtillon

Je voulais faire remarquer qu'une ville en difficulté comme Grigny n'est entrée dans la démarche Atelier santé ville que parce que c'est devenu obligatoire. Avant, même si tous les indicateurs montraient que tout allait mal en matière de santé, les maires et les élus ne pouvaient pas payer. Comme cela était obligatoire, ils l'ont fait. Quand il y a eu les Cucs expérimentaux dans lesquels la santé n'était pas obligatoire, je n'étais pas dedans. La santé a été exclue.

François LAMY, Ministre délégué en charge de la Ville

Je connais la situation de Grigny. Le problème de la contractualisation de Grigny est qu'elle fait partie d'une intercommunalité de deux communes : Grigny et Viry-Châtillon. Si on veut dégager des moyens dans tous les domaines de la politique de la ville, il va falloir élargir le périmètre de cette intercommunalité. C'est la même chose que Clichy et Montfermeil. Tant que nous laisserons deux communes pauvres en tête à tête, ce sera l'addition de pauvres sommes. Nous allons changer les périmètres et vous verrez que les choses évolueront. Dans d'autres communes, ces problématiques de santé seront prises en compte.

Bien sûr que la santé est un problème majeur. L'éducation, la sécurité le sont aussi. Vous ne pouvez mener aucune action en matière de santé et d'éducation s'il n'y a pas de sécurité. Si j'aligne l'ensemble des priorités et qu'elles sont obligatoires dans le volet national, cela veut dire qu'il n'y a plus de priorité au niveau local. Faites confiance à l'État républicain, et ce sera le rôle du Préfet de détecter, partout où cela est nécessaire, les besoins – à Grigny le Préfet défendra le volet santé en cohérence avec l'Atelier santé ville et l'ensemble du dispositif de santé.

Nathalie MOLAS GALI, Chef du service prévention promotion de la santé, DT-ARS PACA Bouches-du-Rhône

Je n'ai pas bien compris le lien entre les CLS et le volet santé du Cucs que vous avez évoqué. Pour l'instant cette notion est confuse dans la mesure où nous ne sommes pas sur les

mêmes territoires. Souvent les CLS sont sur une géographie plus étendue que celle du Cucs. Ce ne sont pas non plus les mêmes thématiques d'approche. Je ne vois pas comment le lien peut se faire.

François LAMY, Ministre délégué en charge de la ville
C'est ce sur quoi nous allons travailler dans les prochaines semaines avec Marisol TOURAINE parce que cela pose un problème. Ces CLS ne sont pas sur les mêmes territoires. J'ai la même problématique avec le ministère de l'Éducation nationale qui dispose de sa propre géographie prioritaire. Nous allons voir comment tout ceci peut converger, s'articuler. Nous ne pouvons pas dire d'un côté, en matière de santé, il y a le CLS et de l'autre, les actions de santé du futur contrat de ville. Il faut connecter cela avec des administrations qui ont des organisations différentes. L'objet de la convention est de trouver les points de convergence. C'est notre travail des prochaines semaines.

Marianne AUFFRET, Maire adjointe en charge de la santé, Mairie du 14^e arrondissement de Paris
Quel est le calendrier ?

François LAMY, Ministre délégué en charge de la ville
La liste des quartiers prioritaires sera connue fin juin, début juillet. Nous aurons ensuite des allers-retours avec les élus pour ajuster et discuter avec ceux qui sortiront de la géographie prioritaire les dispositifs de transition. Nous

aurons en septembre la liste des quartiers qui seront la nouvelle génération d'Opérations de rénovation urbaine (Oru). En matière de santé, il y a aussi des besoins d'investissements qui ne sont pas forcément prévus par les crédits de l'Anru et je souhaite que nous puissions réserver un certain pourcentage de l'enveloppe nationale des crédits Anru sur les maisons de santé. J'annoncerai bientôt la liste de dix sites expérimentaux de contrat de ville, de façon à ce que, d'ici la fin de l'année, on travaille sur les dispositifs de pilotage. Comme on va élargir le nombre de signataires pour élargir la mobilisation du droit commun, il ne faut pas non plus que ce soit une usine à gaz. Un dispositif législatif doit intervenir entre juillet et septembre de façon à ce que les maires et les présidents d'intercommunalité aient l'ensemble des outils dès la fin des élections municipales. En tout cas, rassurez-vous !

Olivier ROVERE, Président de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville
Merci de votre présence et de vos réponses. Merci à la salle. Je remercie Séverine BOSSON qui a permis l'organisation de ces deux journées.

[Annexes

Sigles et abréviations

AAPRISS	Programme « Apprendre et agir pour réduire les inégalités sociales de santé »
ACS	Aide pour l'acquisition d'une assurance complémentaire santé
Acsé	Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances
AIR	Addressing inequalities interventions in regions
AMF	Association des maires de France
Anru	Agence nationale pour la rénovation urbaine
ARS	Agence régionale de santé
ASV	Atelier santé ville
ATP	Atelier territorial de partenaires
BEH	Bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'Institut national de veille sanitaire (InVS)
Caarud	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
Caf	Caisse d'allocations familiales
Carsat	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCOMS	Centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale
CHU	Centre hospitalier universitaire
Ciss	Collectif inter-associatif sur la santé
CIV	Comité interministériel des villes
CLS	Contrat local de santé
CLSM	Conseil local en santé mentale
CLSPD	Conseil local de sécurité et de prévention de la délinquance
CMP	Centre médico-psychologique
CMU-CMUC	Couverture maladie universelle – CMU complémentaire
Cnam	Conservatoire national des arts et métiers
CNFPT	Centre national de la fonction publique territoriale
CNSA	Conférence nationale de la santé et de l'autonomie
CoDES	Comité départemental d'éducation pour la santé
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
Cres	Comité régional d'éducation pour la santé
CRPV	Centre de ressources politique de la ville
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CRUQPC	Commissions régionales des usagers et de la qualité de la prise en charge
CSAPA	Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie
Cucs	Contrat urbain de cohésion sociale
Cus	Communauté urbaine de Strasbourg
Datar	Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale
Ddass	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DDCS	Direction départementale de la cohésion sociale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
Direccte	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
Draaf	Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt
Dreal	Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement

DRJSCS	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
DT-ARS	Délégation territoriale de l'Agence régionale de santé
EHESP	Ecole des hautes études en santé publique
Ehpad	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMPP	Equipe mobile psychiatrie précarité
ESPT	Elus, santé publique & territoires
ETP	Education thérapeutique du patient
Gem	Groupe d'entraide mutuelle
Gip	Groupement d'intérêt public
GRSP	Groupement régional de santé publique
Gup	Gestion urbaine de proximité
HCSP	Haut Conseil de la santé publique
HLM	Habitation à loyer modéré
HPST	(loi) Hôpital, patients, santé et territoires
Inpes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
Irdes	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
Ireps	Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
ISS	Inégalités sociales de santé
ISTS	Inégalités sociales et territoriales de santé
MRS	Maison régionale de santé
MSP	Maison de santé pluridisciplinaire
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OMS	Organisation mondiale de la santé
Onzus	Observatoire national des zones urbaines sensibles
ORS	Observatoire régional de santé
Oru	Opération de renouvellement urbain
PACA	Provence-Alpes-Côte-d'Azur
Pass	Permanence d'accès aux soins de santé
PDALPD	Plan départemental d'accès au logement des personnes défavorisées
Pdec	Préfet délégué pour l'égalité des chances
PMI	Protection maternelle et infantile
PQA	Pays et quartiers d'Aquitaine
Praps	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRE	Programme de réussite éducative
PRS	Projet régional de santé
ROR	Répertoire opérationnel des ressources
RSA	Revenu de solidarité active
SFSP	Société française de santé publique
Sgar	Secrétariat général pour les affaires régionales
SG-CIV	Secrétariat général du Comité interministériel des villes
Sism	Semaine d'information sur la santé mentale
Unafam	Union nationale des amis et familles de malades psychiques
Urcam	Union régionale des caisses d'assurance maladie
Uriopss	Union régionale interfédérale des organismes privés sanitaires et sociaux
URPS	Union régionale des professionnels de santé
ZSP	Zone de sécurité prioritaire
Zus	Zone urbaine sensible

Résultats de l'enquête de satisfaction

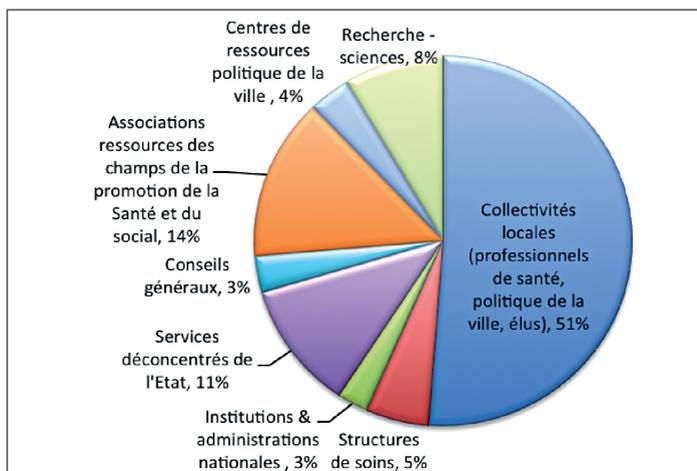
> Participants

Près de 300 participants se sont inscrits à la rencontre, 224 étaient présents sur 2 jours. Toutes les régions étaient représentées, y compris les DOM (Martinique, Guyane, La Réunion, Mayotte), avec plus de la moitié de Franciliens (55%), et une bonne participation des territoires les plus pourvus en ASV (PACA, Rhône-Alpes, Nord-Pas-de-Calais, Centre, Pays de la Loire, Bourgogne).

Cette rencontre a rassemblé des participants d'horizons professionnels très variés :

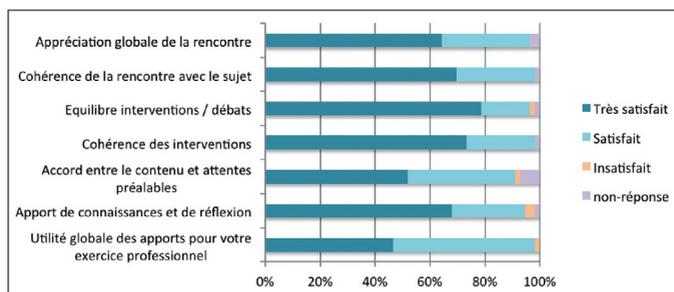
- il s'agissait pour moitié des acteurs de la santé et de la politique de la ville de collectivités locales (principalement les professionnels notamment les coordinateurs ASV, 3% d'élus),
- puis des partenaires ressources des ASV (18%) travaillant dans le champ de la promotion de la santé et du social, à tous niveaux (national, régional, départemental ou local) ou de la politique de la ville,
- et une part non négligeable d'opérateurs des soins de 1^{er} recours (5%).
- Les administrations nationales (SG-CIV, Acsé, Inpes et CNFPT) et les services déconcentrés de l'Etat des champs de la santé et de la cohésion sociale (ARS, Préfectures de région et départementales, DRJSCS, DDCS) étaient également présents (11%).
- Nous notons cependant une faible participation des autres collectivités territoriales impliquées dans le champ de la santé, et notamment l'absence des Conseils régionaux,
- mais en revanche une bonne mobilisation du milieu de la recherche (8%).

A cet égard, les objectifs de croisement des territoires, des divers horizons professionnels et des différents échelons ont donc été atteints lors de cette première rencontre nationale.



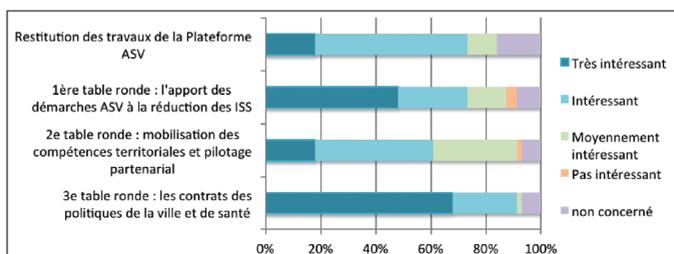
L'évaluation ci-dessous se base sur 56 questionnaires qui nous ont été retournés à l'issue de la rencontre, soit un taux de retour de 25 %, relativement faible.

> Appréciation globale de la rencontre



Globalement, les participants nous ont fait part de leur satisfaction vis-à-vis de la rencontre dont le contenu a répondu majoritairement aux attentes. La qualité des intervenants, des thèmes abordés et la diversité des participants ont été très appréciés et l'équilibre entre les temps d'interventions et d'échanges a permis d'instaurer des débats riches avec la salle fortement appréciés : ceux-ci estiment repartir avec un apport de connaissance et de réflexion utiles pour leur exercice professionnel.

> Appréciation des interventions (sessions plénières)



De manière générale, l'ensemble des interventions en séance plénière a été apprécié par les participants, qui ont notamment manifesté leur forte appréciation du choix et de la qualité des intervenants et une bonne interaction avec la salle. Des remarques générales toutefois concernant le manque de coordinateurs ASV et de représentants des habitants impliqués avec les ASV à ces tables rondes, et d'expériences plus concrètes sur les freins et leviers de la démarche ASV.

La restitution des travaux de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville a intéressé la majorité du public, notamment ceux qui n'étaient pas familiers de l'activité des ASV ou de la plateforme ASV. Les plus informés auraient aimé avoir plus de détails et d'éléments d'analyse qui n'ont pu être mis en avant dans le temps imparti sur toutes les activités présentées. Ceux-ci sont invités à parcourir les diverses productions de la Plateforme présentant davantage d'informations sur chacun des activités menées et présentées dans le bilan d'activités de l'association et les différents rapports d'étude, d'enquête et de synthèse, qui seront disponibles sur son site internet.

La table ronde 1 invitant les experts en santé publique issus de la recherche à partager les résultats de leurs travaux a été fortement appréciée par une bonne partie des répondants. Plus particulièrement, la durée, le nombre d'intervenants, la qualité des interventions et le choix des thèmes y ont été très appréciés (« table ronde qui m'a fait rêver »). Certains néanmoins y ont trouvé un intérêt moindre. Quelques regrets émis concernent la contribution complémentaire qu'aurait pu également apporter l'animateur, expert et représentant la Société française de santé publique. Au final : un constat partagé sur le besoin

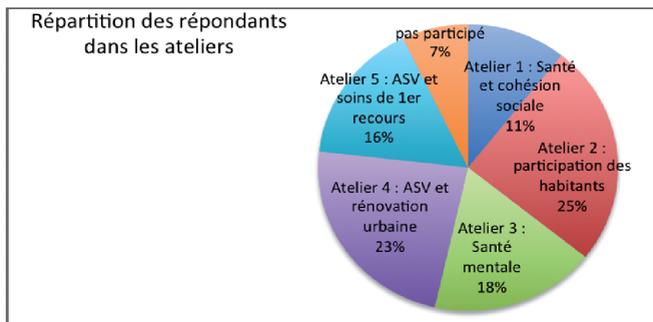
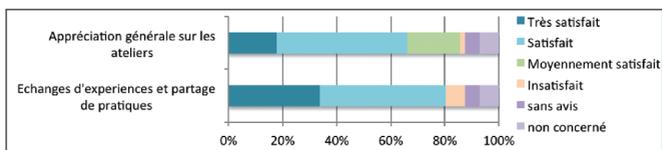
d'évaluation de l'impact des ASV sur la RISS, mais des éléments de réponse, de propositions et d'illustrations concrètes qui restent en suspens avec de fortes attentes. Malgré cela, une table ronde qui a su mettre en exergue la pertinence du lien entre la recherche et le terrain et des efforts qui restent à faire en ce sens pour trouver des réponses à ces questions.

Le ressenti sur la 2ème table ronde interrogeant les échelons régional et départemental est plus mitigé avec une appréciation qui reste malgré tout positive. Le nombre d'intervenants, la durée, le choix des thèmes et des intervenants et tout particulièrement la qualité de l'animation de cette table ronde, « sachant questionner les participants » et réguler les échanges, ont été appréciés. Certains ont estimé cette table ronde moins bien ciblée que les autres mais la richesse des débats avec la salle a été appréciée. D'autres auraient aimé voir plus longue la partie consacrée aux usagers, ou un sujet plus lié à l'articulation ASV/CLS. Au final, certains éléments ont été retenus, notamment la nécessité d'une cohérence entre les différentes politiques publiques pour lutter contre les ISS, la santé n'étant pas uniquement une affaire d'offre de soins ou de spécialistes en santé. Mais reste un sentiment partagé sur les incertitudes planant sur le devenir des ASV, marqué par leur dépendance au degré d'engagement des territoires et la complexité des questions de gouvernance dans les conditions de réforme actuelle.

La 3ème table ronde invitant quatre élus locaux à partager leur expérience et point de vue sur les contrats des politiques de la ville et de santé a rencontré un vif succès et s'est déroulée dans une ambiance rythmée par le dynamisme, l'humour et le franc-parler de ses intervenants et de l'animatrice, fortement appréciés par les participants. Le choix, la qualité et l'engagement des élus invités ainsi que la clarté de leur exposé ont été remarqués. L'implication et le niveau technique des élus ont été salués et la diversité des approches territoriales présentées et le retour d'expérience ont permis de faire émerger des réflexions intéressantes, avec un espace laissé au débat très satisfaisant, et une belle conclusion. Pourtant une limite a été pointée : ce sont toujours les élus convaincus qui participent, comment avoir un écho des autres ?

Enfin, l'espace de débat et d'échanges ouvert par le ministre de la Ville suite à son intervention en clôture de la rencontre, a aussi été fortement apprécié.

> Appréciation des ateliers



Dans l'ensemble, chacun des thèmes proposés dans les 5 ateliers a intéressé l'ensemble des participants qui se sont naturellement répartis entre eux, créant ainsi des groupes équilibrés (30 à 35 participants) avec une hétérogénéité des professions et des territoires permettant de croiser une diversité de points de vue et d'expériences. Certains ont toutefois exprimé leur difficulté à choisir l'un ou l'autre des ateliers proposés ou auraient souhaité avoir davantage de temps d'ateliers que de tables rondes dans ce type de rencontre.

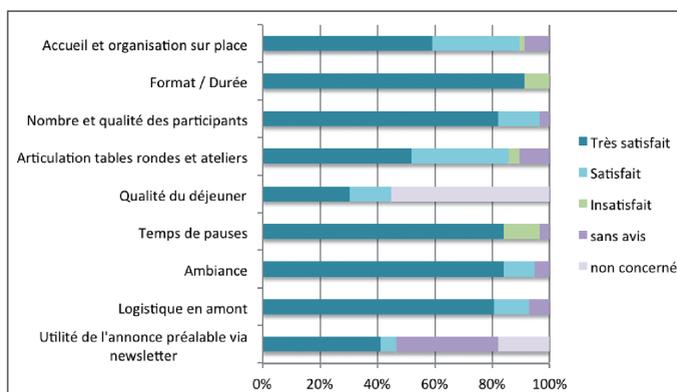
Globalement, le travail en groupe a été apprécié par une majorité de répondants, qui se sont estimés satisfaits des échanges d'expérience et du partage de pratiques entre participants, bien que les configurations des lieux n'aient pas toujours été optimales. Néanmoins, pour certains, le temps a toutefois été jugé assez court, notamment pour la restitution ou l'apport de réponses à la problématique posée. Des professionnels auraient souhaité avoir plus de préparation en amont afin que les échanges soient plus riches, d'autres attendaient un apport de connaissances fourni par les animateurs « spécialistes » du thème.

Au final sont ressortis des travaux de groupe de nombreux constats et questions, mais il reste des attentes sur les propositions de solutions et les leviers. Enfin, les participants regrettent qu'il n'y ait pas eu de restitution pour chaque atelier en complément de la restitution globale des ateliers faite en plénière.

> Appréciation sur l'espace de rencontre des professionnels

La mise en réseau des professionnels à travers la rencontre répondait à une attente de 86% des répondants. 90% s'estiment satisfaits de la prise de contacts permise lors de cette rencontre et près de la totalité des répondants souhaite continuer à participer au développement du réseau des ASV.

> Appréciation globale de l'organisation générale de cette rencontre



Globalement, les retours expriment une ambiance généralement bonne qui s'est dégagée de la rencontre et son organisation logistique a satisfait l'ensemble des participants.

La majorité des répondants estime que le format de la rencontre - sur 2 jours - est adapté pour favoriser la participation des territoires les plus éloignés ainsi que la rencontre et les échanges entre professionnels, et a trouvé le nombre, la qualité et la diversité des participants tout à fait intéressants pour favoriser les regards croisés. L'articulation proposée entre tables rondes et ateliers semble avoir été appréciée, bien que certains auraient souhaité davantage de temps ou de sessions consacrés aux ateliers.

Au niveau de la logistique, l'accueil et l'organisation sur place ont été notés positivement, les temps de pause jugés adaptés (pour une minorité trop court ou trop long) et le déjeuner optionnel proposé de relative bonne qualité. La logistique opérée en amont de la rencontre a aussi satisfait la majorité des répondants.

Canaux d'information : 32% des participants ont eu connaissance de la rencontre via l'invitation lancée par le mailing de la Plateforme ASV et une bonne partie a jugé utile l'annonce préalable faite dans la *newsletter*. Les sites internet des partenaires et la transmission par les réseaux ont aussi bien fonctionné et constitué les autres canaux de communication de relais de l'information, avec parfois le bouche-à-oreille.

> Points de satisfaction sur la rencontre

- Cette rencontre répondait à une attente forte de la communauté des coordinateurs ASV qui souhaitent le renouvellement de ce type de rencontre chaque année.
- Contenu : la mise en exergue du besoin de faire le lien entre le terrain et la recherche, et le 2^e jour (avec les ateliers, la table ronde élus et l'intervention du ministre) plus fortement apprécié.
- Organisation : La logistique en amont a été très appréciée, les 2 jours étaient bien organisés et les temps de participation très bien équilibrés.
- Le lieu central (Paris et dans Paris) et le site (monument classé CNAM) ont été appréciés par les participants, notamment ceux venant de loin.

> Points qui pourraient être améliorés

- Au niveau des intervenants : davantage de participation des coordinateurs ASV et de représentants des habitants impliqués dans les démarches ASV dans les interventions
- Au niveau du contenu : davantage d'illustrations concrètes d'expériences probantes d'ASV, et d'analyse des freins et leviers des démarches.
- Au niveau des ateliers : les conditions d'accueil (et de météo) pour 3 des ateliers qui ont dû se tenir dans une même grande salle faute de capacité d'accueil sur le site n'étaient malheureusement pas optimales pour favoriser le travail en groupe et les échanges (bruit, froid). Des suggestions pour mettre en place à l'avenir plus de sessions d'ateliers ainsi que des plus petits groupes pour les ateliers.
- Au niveau de la mise en réseau : des badges permettant l'identification des participants faciliteraient davantage leur rencontre, et la diffusion des adresses emails sur la liste des participants, la poursuite des contacts.

> Attentes sur les activités de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville

> **Rencontres nationales** : Près de la totalité des répondants (96%) sont très intéressés par la reconduction de ce type d'évènement (rencontre nationale) organisé par la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville, avec une fréquence idéale annuelle pour 71% des répondants, biennale pour 23% et triennale pour 2%.

Les thématiques d'intérêt pour de futures rencontres concernent (dans l'ordre) :

Très majoritairement :

1. Les ASV dans la nouvelle politique de la ville : articulation ASV et CLS, place des ASV dans les nouveaux contrats de ville, géographie prioritaire, public prioritaire,
2. Approfondissement/ capitalisation de l'existant : partage d'expériences probantes et de processus de suivi des ASV, méthodologie de projets, repérer les freins et leviers

Puis :

3. Le développement de la collaboration entre les ASV et les unités de recherche
4. Renouveler les ateliers avec les mêmes thématiques
5. Les conseils locaux en santé mentale (plus de présentation d'actions, analyse et évaluation)
6. Perspectives transmises et apports de la géographie de la santé pour les ASV : santé urbaine
7. Une thématique qui permette la rencontre avec des acteurs "éloignés" du champ de la santé et qui pourtant agissent ou ont le pouvoir sur certains de ses déterminants (Anru, CLSPD)
8. Santé / environnement, qualité de l'air intérieur

Et, dans une moindre mesure :

9. Le non-recours aux soins et aux droits : comment lever les freins ?
10. Le positionnement du coordinateur ASV et le portage (institutionnel), quelle légitimité ?
11. La compétence des coordinateurs ASV, l'identité, les missions
12. L'articulation des collectifs régionaux d'ASV avec la plateforme nationale

De manière générale, les participants sont en attente de davantage d'échanges de pratiques sur les actions innovantes et privilégient les temps en ateliers à ceux en table ronde.

> **Activités de la Plateforme ASV** : 64% des répondants sont aussi intéressés par les autres activités menées par la Plateforme ASV.

Les thèmes d'intérêt mentionnés sont :

- L'actualité des ASV
- Les liens avec les universités et la recherche scientifique
- La santé communautaire
- La santé mentale, les contrats locaux de santé mentale
- La métropolisation (Paris / Lyon / Marseille) : quelles compétences pour qui ?
- Santé/environnement
- Actions autour d'octobre Rose, cancers du sein
- Habitants des quartiers et accès aux soins / urgences CHU, liens à recréer avec la médecine générale
- Accès aux droits
- Prévention et promotion de la santé, éducation thérapeutique, quelle contribution des ASV ?
- Implication de l'engagement des politiques en matière de santé (élus)

Les activités d'intérêt mentionnées sont :

- Formations
- Rencontres nationales et comptes rendus
- Echange de pratiques
- Retours d'expériences et d'expérimentations
- Outils de travail
- Annuaire, types d'actions (mutualisation)
- Rôle d'alerte des ministères / stratégie politique / faire remonter le repérage des ASV au national
- Inviter les directeurs des ARS et de la cohésion sociale aux réflexions, afin de leur permettre de prendre conscience de l'intérêt des ASV
- Développement de stratégie commune
- Présentation de la mise en place et de la plus-value des coordinations régionales / réseaux régionaux d'ASV
- Visibilité des réseaux régionaux et de la Plateforme nationale sur les sites ressources
- Les travaux avec la recherche
- Formation, mobilisation à destination des élus, espace de rencontre entre élus

➔ Ces attentes correspondent globalement aux actions qui déclinent des missions portées par la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville, identifiées lors de sa préfiguration.

Bibliographie

> Auteurs et/ou ouvrages cités

- M. JOUBERT & C. MANNONI - *Les Ateliers santé ville : Expérimentations en Seine-Saint-Denis*. Profession Banlieue mars 2003 (Rescom en partenariat avec la Direction générale de la santé, la Délégation interministérielle à la ville, la Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales de la Seine-Saint-Denis, la mission Ville de la Préfecture de région).
- *Politique de la ville et santé publique : une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé - Actes du séminaire de Bordeaux, 6 au 8 octobre 2008*, éditions de la DIV, décembre 2008.
- *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*, Haut Conseil de la santé publique, 2010.

> Référentiels, conventions

- Référentiel national des Ateliers santé ville (ASV), SG-CIV, avril 2012
- Convention triennale d'objectifs pour les quartiers populaires 2013-2015, entre la ministre des Affaires sociales et de la Santé et le ministre délégué à la Ville, 19 avril 2013.

> Rapports, avis, études

- *Avis du Haut Conseil de la santé publique relatif à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé – Place des Ateliers santé ville*, 20 mars 2013.
- *Les inégalités sociales et territoriales de santé en milieu urbain : enseignements de la cohorte SIRS*, P.CHAUVIN, I.PARIZOT, J.VALLÉE
- *Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Revue de littérature*. Y.BOURGUEIL, F. JUSOT, H. LELEU et le groupe AIR Project. QES n°179, Septembre 2012.
- *Bilan d'activités 2012*, Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville, mars 2013.
- *Etat des lieux des animations régionales et départementales des Ateliers santé ville*, Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville, 2013.

> Revues

- Questions d'Economie de la Santé n°179 – Septembre 2012 : *Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Revue de littérature*. Y.BOURGUEIL, F. JUSOT, H. LELEU et le groupe AIR Project.
- ADSP n°82 - Actualité et dossier en santé publique, *Collectivités territoriales et santé*, mars 2013.

> Sites internet

Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville : www.plateforme-asv.org

Ministère délégué à la ville : www.ville.gouv.fr

I-Ville : Base documentaire du Secrétariat général du Comité interministériel des villes (SG-CIV) : i-ville.gouv.fr

Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (Acsé) : www.lacse.fr

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) : www.inpes.sante.fr

1^{ère} table ronde :

- Société française de santé publique (SFSP) : www.sfsp.fr
- Equipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins, UMRS 707, Inserm- Université Paris 6. www.u707.jussieu.fr/ds3/
- Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) : www.irdes.fr
- Haut Conseil de la santé publique (HCSP) : www.hcsp.fr
- Programme AAPRISS « Apprendre et agir pour réduire les inégalités sociales de santé » : aapriiss.iferiss.org

2^e table ronde :

- Conseil général du Val-de-Marne : www.cg94.fr
- Collectif inter-associatif sur la santé Rhône-Alpes : www.cissra.org
- Agence régionale de santé d'Aquitaine : www.ars.aquitaine.sante.fr
- Préfecture du Nord : www.nord.gouv.fr

3^e table ronde :

- Mairie du 14^e arrondissement de Paris : www.mairie14.paris.fr
- Ville de Strasbourg et Communauté urbaine : www.strasbourg.eu
- Ville de Brest : www.brest.fr
- Ville de Gaillard : www.gaillard.fr

Ateliers :

- Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (Acsé) : www.lacse.fr
- Institut Renaudot : www.institut-renaudot.fr
- Psycom : www.psycom75.org
- Ireps Aquitaine : www.educationsante-aquitaine.fr
- Fédération française des maisons et pôles de santé : www.ffmps.fr
- Association « Elus, santé publique et territoires » : www.espt.asso.fr

Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville

Contact :

Séverine BOSSON, coordinatrice,
contact@plateforme-asv.org
Tél. : 06 99 67 55 56

Siège social :

Immeuble INPES
42, boulevard de la Libération, 93203 Saint-Denis Cedex

www.plateforme-asv.org



« Nous pourrions presque dire que les ASV sont victimes de leur succès, qu'on leur demande de plus en plus de choses, et qu'en même temps, on leur demande chaque fois de faire la preuve que ce qu'ils font est utile et nécessaire. Je considère, à titre personnel, que l'ASV est un dispositif militant qui, non seulement cherche à améliorer la santé des habitants et à réduire les inégalités, mais qui en plus cherche à faire bouger le système de santé. Ils ne sont pas là pour mettre en place des petits dispositifs de prévention, des petites actions au jour le jour. Ils sont là pour transformer, pour passer du soin à la prévention et à la santé globale, pour mobiliser les habitants, faire de la démocratie sanitaire, etc. C'est un travail militant qui ne peut pas s'arrêter mais pour lequel il faut sans arrêt faire la preuve. »

Laurent El Ghazi
Président de l'association « Élus, santé publique et territoires »

Actes de la première rencontre nationale organisée par la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville, pour mettre en lumière les apports des démarches de promotion de la santé et de proximité portées par les Ateliers santé ville (ASV), et les mettre en débat dans un contexte marqué par de profonds changements et de nouveaux enjeux, à la fois pour la politique de la ville qui a impulsé ces démarches, et pour les politiques territorialisées de santé publique depuis la mise en place des Agences régionales de santé et aujourd'hui des contrats locaux de santé.

Les actes de la 1ère rencontre nationale des Ateliers santé ville sont librement téléchargeables sur le site de l'association : www.plateforme-asv.org

ateliers santé ville

PLATEFORME NATIONALE
DE RESSOURCES

Plateforme nationale de ressources Ateliers Santé Ville
42 boulevard de la Libération, 93 203 Saint-Denis Cedex
www.plateforme-asv.org

Avec le soutien financier de :

