

# LES ÉCHOS...

DES ATELIERS PERMANENTS DU CR•DSU

N°7  
2010

OCTOBRE



## ■ De l'Atelier santé ville au Plan local de santé Vers une consolidation des dynamiques territoriales en santé

Synthèse des Ateliers permanents Janvier-Juin 2010



CENTRE DE RESSOURCES ET D'ÉCHANGES POUR LE DÉVELOPPEMENT SOCIAL URBAIN RHÔNE-ALPES

## Sommaire

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Préambule</b>   | <b>3</b>  |
| <b>Les collectivités territoriales au cœur des questions de santé</b>                      | <b>4</b>  |
| La santé va au-delà du soin  |           |
| L'échelon local, efficace pour lutter contre les inégalités de santé                       |           |
| Les Ateliers santé ville (ASV), un support pour l'action locale                            |           |
| La légitimité des villes en matière de santé   |           |
| Réactions des participants : "Des villes légitimes, oui, mais..."                          |           |
| <b>Une nouvelle donne pour les politiques publiques de santé</b>                           | <b>6</b>  |
| Loi Hôpital patients santé territoires et Agences régionales de santé                      |           |
| Lutte contre les inégalités de santé : un rattachement à la santé et à la cohésion sociale |           |
| Contrat local de santé? Plan local de santé?   |           |
| Réactions des participants   |           |
| <b>De l'Atelier santé ville au Plan local de santé: quel mouvement?</b>                    | <b>8</b>  |
| Quelques points de repères   |           |
| Atelier santé ville : une longueur d'avance pour définir un Plan local de santé            |           |
| Vers le Plan local de santé : redéfinir la stratégie sur son territoire                    |           |
| Pourquoi s'engager dans la rédaction d'un Plan local de santé?                             |           |
| Plan local de santé/Contrat local de santé : quels apports à la démarche ASV?              |           |
| Réactions des participants   |           |
| <b>Élaborer un Plan local de santé. Quelques éléments de méthode</b>                       | <b>12</b> |
| Comment établir les priorités de santé du territoire?                                      |           |
| Les points en tension  |           |
| Qui pilote? Quelle organisation locale?  |           |
| Les points en tension  |           |
| Quel rôle pour le coordonnateur ASV dans l'élaboration du PLS?                             |           |
| Les points en tension  |           |
| <b>Pour aller plus loin</b>  | <b>18</b> |
| Conclusion   |           |
| Ressources   |           |

## Préambule

### Santé et politique de la ville : consolider les avancées

La santé a une place récente dans la politique de la ville. Même si des actions et initiatives étaient localement menées de longue date (villes impliquées en santé, existence de services communaux d'hygiène et santé, réseau des villes-santé de l'Organisation mondiale de la santé, etc.), ce sont les contrats de ville mais surtout la circulaire de juin 2000 portant sur la mise en œuvre des Ateliers santé ville (ASV) et les Contrats urbains de cohésion sociale de 2006 qui lui reconnaissent une place primordiale et contractuelle. Support à une politique de santé territorialisée, l'ASV est progressivement reconnu comme contributif de "la construction de stratégies cohérentes de santé publique pour la réduction des inégalités sociales de santé"<sup>1</sup>. Pour autant, experts et acteurs de terrain soulignent l'importance de travailler à la consolidation, au soutien et au développement des dynamiques engagées.

### Une période à enjeux

Parallèlement à ce contexte de la santé dans la politique de la ville, de grandes modifications ont lieu dans la politique de droit commun. La loi Hôpital patients santé territoires (HPST) de juillet 2009 propose une nouvelle organisation régionale de la santé publique reposant sur la création d'Agences régionales de santé. La réforme générale des politiques publiques a conduit, en janvier 2010, à la création des Directions régionales jeunesse, sports et cohésion sociale et départementales de la cohésion sociale. Enfin, la loi HPST prévoit que la mise en œuvre du projet régional de santé puisse faire l'objet de Contrats locaux de santé (CLS); la circulaire du 20 janvier 2009 indiquant que ce contrat pourrait trouver une application particulière dans les territoires prioritaires. À l'interface de la politique de la ville et des politiques de santé de droit commun, les ASV voient ainsi le contexte réglementaire et organisationnel dans lequel ils sont inscrits largement évoluer.

### Accompagner la réflexion sur les Plans et Contrats locaux de santé

Rhône-Alpes est l'une des régions les mieux dotées en ASV : 34 en 2010. La majorité d'entre eux a été créée depuis 2007. On dénombre 27 équivalents temps plein de coordination ASV<sup>2</sup>. Dès 2005 et afin de favoriser l'échange d'expériences, des coordonnateurs rhônalpins se regroupent en collectif, animé depuis 2007 par le CR•DSU. Le collectif santé se réunit quatre fois par an et rassemble la majorité des coordonnateurs de la région.

En 2009, ces coordonnateurs se sont interrogés collectivement sur l'élaboration et la mise en œuvre

des CLS. Quels objectifs et contenus pour ce nouvel objet de santé publique? Sur quels territoires? Avec quel pilotage et quels moyens? Quelle méthode d'élaboration? Ces interrogations se sont notamment exprimées lors d'un forum régional<sup>3</sup>, organisé en juin 2009 par la Fédération Rhône-Alpes d'Éducation pour la Santé (FRAES) avec ses partenaires et le soutien du Secrétariat général du Comité interministériel des villes, destiné à envisager des perspectives d'accompagnement des ASV en région. Conçu comme un temps de réflexion, ce forum permettait aux partenaires institutionnels et de terrain de la région d'échanger sur le nouveau paysage en construction en matière de santé publique et d'envisager différentes pistes de travail. Parmi celles-ci, le CR•DSU et la FRAES ont retenu l'idée d'un atelier d'échanges sur les CLS et l'ont proposé aux coordonnateurs ASV sous l'intitulé "Plan local de santé, Contrat local de santé: comment contribuer à leur élaboration à partir de la démarche Atelier santé ville?". Chantal Mannoni, médecin de santé publique, a accompagné les cinq séances de travail, chacune ayant réuni en moyenne 25 participants.

Deux postulats ont présidé à cet atelier. D'abord, en se plaçant dans la logique de la démarche ASV, le CLS doit être considéré comme "l'habillage contractuel" d'un Plan local de santé. Ensuite, en attente de précisions de l'État sur les contours de ce contrat (périmètre, contenu), les collectivités locales ont toutefois intérêt à travailler leur projet local de santé pour être force de proposition le moment venu. En terme méthodologique, l'objectif des séances a donc été de repérer des marges de progrès pour consolider la démarche des Ateliers santé ville et définir un Plan local de santé sur un territoire, possible support à une contractualisation.

Ce numéro vise à diffuser les échanges de l'atelier. Il poursuit trois ambitions :

- apporter des éléments d'éclairage sur la nouvelle organisation en santé,
- aider au repérage des marges de progrès de la démarche ASV,
- apporter des éléments méthodologiques aux développeurs territoriaux soucieux de consolider les dynamiques territoriales en santé par la définition de Plans locaux de santé.

Nous vous en souhaitons bonne lecture et remercions les coordonnateurs ASV qui alimentent avec leurs partenaires la dynamique collective régionale.

Avertissement de lecture :  
ASV = démarche  
Atelier santé ville

<sup>1</sup> F. Bertolotto, M. Joubert, MA. Vincent, C. Mannoni, *Analyse critique du volet santé des Contrats urbains de cohésion sociale*, Mission pour le compte du ministère du Logement et de la ville, Secrétariat général du comité interministériel des villes, mai 2009, 17 p.

<sup>2</sup> Plus d'informations sur les ASV en Rhône-Alpes sur le site du CR•DSU, rubrique "Politique de la ville en Rhône-Alpes": [www.crdsu.org](http://www.crdsu.org)

<sup>3</sup> *Les Ateliers Santé Ville de Rhône-Alpes. État des lieux et perspectives d'accompagnement en région. Actes du forum régional du 25 juin 2009*, FRAES, novembre 2009, 114 p. Synthèse sur: <http://education-sante-ra.org>

Parler de dynamique locale en santé suppose de rappeler le rôle des collectivités territoriales -communes notamment- en matière de santé. Quelle légitimité à intervenir dans le champ de la santé alors même qu'elles n'ont pas ou peu de compétences réglementaires en la matière? Quelles plus-values à leur intervention? Sur quelle définition de la santé repose cette légitimité?

## La santé va au-delà du soin

La santé est un concept qui a largement évolué ces dernières décennies. Elle n'est plus considérée comme l'absence de maladie mais bien comme un état complet de bien-être physique, mental et social. La charte d'Ottawa de 1986 établit que "la bonne santé est une ressource pour le développement social, économique et individuel". La promotion de la santé ne relève alors pas uniquement du secteur de la santé et du soin. Elle a pour but de "créer (...) les conditions favorables indispensables à l'épanouissement de la santé"<sup>4</sup>. Il s'agit donc de construire du bien-être sur un territoire. Cette approche globale permet de décaler le discours "santé = soins" et de réfléchir à ce qui "fait santé". Faire santé, c'est alors se préoccuper des différents déterminants favorables et défavorables qui influencent la santé des populations sur un territoire. Partir de ces déterminants permet de légitimer des secteurs qui se sentent, à juste raison, éloignés d'une conception de la santé centrée sur le soin, de leur envoyer un signal fort et de créer des alliances qui ne pourraient pas voir le jour autrement.

<sup>4</sup> Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Organisation Mondiale de la Santé, novembre 1986

## L'échelon local, efficace pour lutter contre les inégalités de santé

De nombreuses études ont montré l'existence d'inégalités sociales et territoriales de santé. On constate ainsi des différences d'état de santé entre les groupes sociaux; les individus appartenant aux catégories sociales les plus élevées ayant de meilleurs indicateurs de santé. De même, on note de forts écarts territoriaux: l'état de santé des populations varie significativement en fonction des régions, au niveau infrarégional ou entre territoires d'un même bassin de vie (quartiers prioritaires). Les inégalités de santé sont produites par divers déterminants, dont les conditions d'existence des individus en matière d'éducation, d'emploi, de logement, etc. Leur persistance voire leur aggravation est l'un des arguments ayant conduit à la loi Hôpital patients santé territoires (HPST). Pour lutter contre ces inégalités, l'échelle locale apparaît pertinente. D'abord, la proximité permet le repérage de problématiques de santé spécifiques; le territoire de proximité est un lieu d'observation privilégié. Des phénomènes émergents ne sont détectables qu'à des niveaux fins et ne deviennent visibles à d'autres échelles territoriales qu'ultérieurement. Ensuite, le local permet l'articulation d'actions agissant

<sup>5</sup> "Le programme santé des Cucs", in Contrats urbains de cohésion sociale. Fiches thématiques, Délégation interministérielle à la ville, décembre 2006, pp. 10-15

sur les différents déterminants de santé. C'est une échelle propice à l'expérimentation de modes opératoires ajustés au terrain. En ce sens, l'échelon local vient nourrir les politiques publiques: les innovations en matière de réduction des risques ou encore autour de "souffrance psychique et précarité" sont là pour le démontrer. Enfin, le territoire de proximité permet de (re)donner une parole aux populations qui vivent des processus d'exclusion, ce qui est essentiel pour leur rendre leur place d'acteur.

## Les Ateliers santé ville (ASV), un support pour l'action locale

Les Ateliers santé ville (ASV) ont été impulsés conjointement par la Délégation interministérielle à la ville et la Direction générale de la santé dans un souci de réduction des inégalités de santé. L'ASV a pour objet de favoriser la coordination des acteurs et des actions en lien avec la santé sur un territoire.

"Ses thèmes de travail concernent:

- la connaissance de l'état de santé de la population,
- la définition des objectifs d'amélioration de l'état de santé et de ses déterminants,
- l'accessibilité aux droits sociaux, aux soins, à la prévention et à la santé,
- l'analyse des principaux dysfonctionnements de l'accès à la prévention et aux soins,
- les questions concernant les pratiques professionnelles sanitaires, sociales et d'insertion,
- la qualité et l'organisation de l'offre de soins,
- les besoins en formation des professionnels accueillant les publics en situation de précarité"<sup>5</sup>.

L'ASV étant une démarche et non un dispositif, il peut recouvrir à la fois le projet de santé du territoire, son cadre contractuel et son mode opératoire, basé sur la coordination et le soutien méthodologique aux acteurs.

Sauf exception -absence d'acteurs locaux, thématiques non investies, innovations, etc.-, l'ASV n'a pas vocation à mener directement des actions mais doit s'adapter au contexte local en maillant et en consolidant les dynamiques à l'œuvre. Ces éléments induisent dès lors une certaine complexité de la démarche ASV: il n'y a pas d'actions types ou de mode opératoire unique mais des fondamentaux à respecter.

## La légitimité des villes en matière de santé

Le rôle des villes dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé et la plus-value de la proximité en matière de santé restent parfois à argumenter. Au cours des ateliers, un temps de travail a été consacré à la construction d'un argumentaire autour de la légitimité des villes en matière de santé et de l'importance de consolider les démarches engagées en la matière.

| Argument central   | Détail de l'argument   |
|--|--|
| Parler de santé, c'est parler de la qualité de vie sur un territoire   | La santé va au-delà du soin.<br>Toutes les politiques sectorielles (logement, transport, éducation...) ont un impact sur la santé.<br>Les services d'une ville, les associations locales, les bailleurs... sont conduits à produire ou être coproducteurs de la santé (ex: promotion du vélo comme mode de transport urbain, réflexion sur logement et santé mentale...).  |
| Les liens entre l'État et les collectivités territoriales en matière de santé s'adosent à des textes fondateurs, en particulier... | La santé est facteur de développement social, économique, environnemental, c'est-à-dire de développement durable.<br>Loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (juillet 1998).<br>Circulaire de mise en œuvre des Ateliers santé ville (juin 2000).<br>Loi de santé publique (août 2004).<br>Circulaire sur les Contrats urbains de cohésion sociale (mars 2006).<br>Loi Hôpital, patients, santé et territoires (juillet 2009). |
| Le niveau local est un échelon essentiel des politiques de santé (car il rend possible...)   | Une identification fine des problématiques de santé.<br>Une action sur l'ensemble des déterminants de santé.<br>Une programmation transversale et intersectorielle.<br>L'expérimentation de nouveaux modes opératoires.<br>Des synergies entre acteurs intervenant sur un même territoire.<br>La participation des habitants, une représentation citoyenne.  |
| Le maire est animateur de la gouvernance locale en santé (en tant que...)  | Décideur de politiques impactant la santé.<br>Gestionnaire d'équipements médico-sociaux.<br>Représentant des citoyens et de leurs besoins.<br>Mobilisateur de partenariats au niveau local.<br>Interpellé directement sur certaines problématiques de santé (hospitalisation d'office, troubles de l'ordre public, addictions...).   |
| Notre ville a capitalisé une expérience en matière de santé  | Existence d'un service hygiène et santé publique, membre du réseau des Villes-santé de l'OMS.<br>Ancienneté des actions de prévention et de promotion de la santé, actions phares locales.<br>Dynamisme de réseaux de partenaires.<br>Présence de structures associatives et institutionnelles dans les champs de la prévention, du médico-social, du soin...<br>Moyens financiers alloués.  |
| La démarche Atelier santé ville a démontré sa plus-value dans sa contribution à la lutte contre les inégalités de santé            | Veille continue et actualisée des besoins des territoires prioritaires.<br>Cohérence et inscription dans la durée d'actions menées sur un territoire.<br>Adaptation des actions aux besoins des publics prioritaires.<br>Diversité des acteurs mobilisés et mutualisation des compétences.<br>"Mode projet" permettant l'observation, l'établissement d'objectifs prioritaires, l'action, l'évaluation et l'innovation.                            |

### “ Réactions des participants : “Des villes légitimes, oui, mais...”

- Le droit commun ne joue pas pleinement son rôle. Par exemple, dans l'accès aux droits, si le droit commun jouait son rôle, des dispositifs ou actions spécifiques n'auraient pas besoin d'être mis en œuvre, les énergies et moyens pouvant alors se concentrer sur d'autres aspects.
- Il ne faut pas non plus laisser penser que les villes ont un pouvoir démesuré en matière de santé. Chacun doit bien identifier ses limites et les exposer aux partenaires.
- L'approche globale du concept de la santé présente une difficulté au niveau de la gouvernance locale : qui fait quoi, si la santé est dans tout?
- Certains textes (loi HPST, loi de santé publique de 2004) insistent sur la notion de territorialisation, sans pour autant légitimer l'échelon local en matière de santé.
- Quels sont les moyens attribués aux collectivités dans ce rôle d'animation de la gouvernance locale en santé?
- Ce n'est pas si simple d'être chef d'orchestre. Certaines institutions ne nous reconnaissent pas forcément de légitimité sur la santé.
- Les données chiffrées sur l'état de santé des populations d'un territoire

À l'interface de la politique de la ville et des politiques de santé de droit commun, les Ateliers santé ville ont vu le contexte réglementaire et organisationnel dans lequel ils évoluent se transformer largement ces derniers mois. Cette nouvelle donne s'inscrit dans un processus global d'évolution réglementaire annoncé dès 1996, renforcé au cours des années 2000 (loi de santé publique, révision générale des politiques publiques, loi Hôpital patients santé territoires) et qui se poursuivra demain (nouvelle loi de santé publique, réforme de la géographie prioritaire, réforme des collectivités territoriales). Dans ce contexte, une séance a permis d'explicitier le nouveau cadre régional en présence des parties prenantes: Agence régionale de santé Rhône-Alpes (service prévention, promotion de la santé), Direction régionale jeunesse sports et cohésion sociale (DRJSCS), Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) du Rhône, coordonnateurs ASV et chargés de mission santé qui ont pu croiser leurs attentes et questionnements. Ce chapitre revient sur quelques éléments de repère.

## Loi Hôpital patients santé territoires et Agences régionales de santé

## Lutte contre les inégalités de santé: un rattachement à la santé et à la cohésion sociale

La loi Hôpital patients santé territoires (HPST), en date du 22 juillet 2009, repose sur plusieurs constats: la persistance voire l'aggravation des inégalités sociales et territoriales de santé; un système de santé complexe, cloisonné et d'abord centré sur le soin; un pilotage mis en défaut. L'ambition de la loi est donc de se doter d'une nouvelle organisation régionale de la santé publique qui renforce l'ancrage territorial des politiques de santé et soit en capacité de s'appuyer sur une vision globale de la santé, de développer des approches transversales, de décloisonner les institutions... tout en étant efficient.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2010, ont été créées les Directions régionales jeunesse sports et cohésion sociale (DRJSCS) et départementales de la cohésion sociale (DDCS) qui deviennent des interlocuteurs de premier plan pour les acteurs de la politique de la ville<sup>6</sup>. La question des inégalités sociales et territoriales de santé devient donc un sujet conjointement traité par l'ARS et les DRJSCS et DDCS. Or, les textes ne prévoient pas très clairement les modes opératoires à mettre en œuvre pour assurer la transversalité et créer des passerelles entre institutions. En région Rhône-Alpes, la nécessité de tisser des interfaces est clairement identifiée par les interlocuteurs des institutions concernées et des processus collaboratifs sont déjà en cours.

La création des Agences régionales de santé (ARS) au 1<sup>er</sup> avril 2010 constitue un changement majeur dans le champ des politiques de santé avec une plus grande structuration au niveau régional visant à donner davantage de cohérence au champ de la santé publique. Le domaine de compétences de l'ARS recouvre l'organisation des soins, la prévention-promotion de la santé, la veille et la sécurité sanitaire et ce dans le secteur sanitaire comme dans le secteur médico-social<sup>6</sup>. Le fait qu'un pôle "prévention, promotion de la santé" soit identifié comme tel est à souligner; la prévention et la promotion de la santé ayant toujours été les parents pauvres du système de santé. Maintenir cette reconnaissance constitue aujourd'hui l'un des défis à relever. Enfin, il faut noter que l'ARS vient se substituer à sept structures précédemment en place<sup>7</sup>, impliquant, dans cette période d'installation, des processus de redéfinition des cultures professionnelles.

La politique régionale de santé se décline dans le cadre d'un Projet régional de santé (PRS). En Rhône-Alpes, le PRS est en cours d'élaboration. Néanmoins un enjeu central, déjà structurant dans le cadre du précédent plan régional de santé publique, est souligné: si les indicateurs de santé sont meilleurs que dans d'autres régions, de grandes disparités territoriales sont observées et la réduction des écarts de santé demeure une priorité.

<sup>6</sup> Voir l'article *La RGPP en Rhône-Alpes: quelles incidences pour les acteurs de la politique de la ville?* sur le site du CR•DSU: [www.crdsu.org](http://www.crdsu.org) (rubrique Actualités)

<sup>6</sup> Cf. le dossier de presse *Ouverture de l'agence régionale de santé Rhône-Alpes*, avril 2010. Voir sur: <http://ars.rhone-alpes.sante.fr>

<sup>7</sup> Dont Agence régionale de l'hospitalisation, secteur santé des Directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales, Unions régionales des caisses d'assurance maladie, Groupement régional de santé publique.

## Contrat local de santé? Plan local de santé?

Les Contrats locaux de santé publique (CLSP) ont d'abord été annoncés dans le cadre du Plan espoir banlieues en juin 2008 qui précise: "Les Contrats locaux de santé publique, prolongements contractuels des Ateliers santé ville (ASV), permettent de développer dans les collectivités locales éligibles, des moyens d'observation, de mobilisation et de coordination des ressources sanitaires. L'ensemble des partenaires [...] désireux d'agir en partenariat dans le domaine de la santé publique convient d'un plan d'actions et d'un calendrier pour concourir à l'amélioration de la situation sanitaire des quartiers populaires. Ces CLSP sont intégrés au Plan régional de santé publique et bénéficient d'une évaluation prioritaire de leurs demandes de financement"<sup>9</sup>. La circulaire de Mmes Bachelot et Amara du 20 janvier 2009<sup>10</sup> annonce la mise en place de Contrats locaux de santé (CLS) visant à soutenir et amplifier les initiatives locales conduites en matière de santé au sein des Contrats urbains de cohésion sociale. Ces éléments sont confirmés par la loi HPST: "La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de Contrats locaux de santé conclus par l'agence [régionale de santé], notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social".

Le changement de dénomination (passage du CLSP au CLS) n'est pas neutre. Dans la loi HPST, les collectivités territoriales deviennent de **possibles signataires** mais leur place n'est pas obligatoire et elles ne sont

plus les seules nommées (des réseaux de santé, des centres hospitaliers peuvent être porteurs de CLS). Par ailleurs, l'enjeu de réduction des inégalités de santé et l'attention aux populations précaires ne sont plus aussi clairement affichés. Enfin, un CLS peut être élaboré indépendamment des territoires prioritaires de la politique de la ville. Aujourd'hui, dans l'attente des décrets d'application, les acteurs ne bénéficient que de très peu d'informations sur ce nouveau contrat, source d'interprétations différentes.

L'atelier d'échanges proposé aux coordonnateurs ASV s'est construit autour du postulat selon lequel il faut distinguer la notion de plan (PLS) de sa forme contractuelle (CLS) dans la logique de la démarche ASV. Le PLS est alors considéré comme un préalable au CLS, défini comme la contractualisation d'une planification. Les efforts doivent donc d'abord porter sur l'élaboration du PLS, ce dernier pouvant, ou non, faire l'objet d'un contrat sollicité par l'élu local auprès de l'ARS. C'est ensuite dans la négociation entre les parties en présence (préfecture, ARS, collectivité territoriale) que les choix seront opérés. Dans cette perspective, un CLS sans Plan local de santé devient alors plutôt contre-productif s'il ne vient pas soutenir les efforts de cohérence en matière de santé publique explicités dans le PLS.

<sup>9</sup> *Espoir Banlieues, une dynamique pour la France.* Dossier de présentation. Comité interministériel des villes, juin 2008, p. 42

<sup>10</sup> *Circulaire du 20 janvier 2009 relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale et sur la préparation de la mise en place des Contrats locaux de santé.* Ministère de la santé et des sports, Secrétariat d'État chargé de la politique de la ville, 2009.

## “ Réactions des participants

- Quelle est la place des acteurs locaux dans la dynamique régionale (information ou concertation)? Comment permettre le croisement de logiques ascendantes (du local vers le régional) et descendantes (du régional vers le local)? Des processus de coopération entre les niveaux local et régional sont à travailler.
  - Des interfaces sont à créer entre les institutions et les élus locaux. Les élus doivent pouvoir mieux appréhender les processus en cours.
  - Des questions essentielles sur les CLS restent en suspens: quels contours? Quels territoires? Quels publics?
- Quelles thématiques? Quels critères d'éligibilité? Quels moyens? Pour combien de temps?
- Est-ce vraiment pertinent de travailler autour du Plan local de santé alors que le nouveau projet régional de santé n'est pas prêt? Les orientations disponibles sont-elles suffisantes? Comment se saisir de cette période de transition pour consolider la démarche ASV et aller progressivement vers un PLS?
  - L'impression de "flou" ne sera pas tenable très longtemps: la mobilisation est délicate dans ce contexte et peut aboutir à des situations de crispation.

# De l'Atelier santé ville au Plan local de santé : quel mouvement ?

Le Contrat local de santé (CLS) étant l' "habillage contractuel" d'un Plan local de santé, il faut d'abord travailler un projet adapté aux enjeux de son territoire. Pour certains sites, il s'agira d'affiner et d'étoffer le projet de santé déjà déployé dans le cadre de l'Atelier santé ville. Pour d'autres, l'ASV étant encore trop récent ou le projet collectif pas encore abouti, il s'agira d'élaborer le PLS qui sera l'occasion d'une "montée en charge". Par ailleurs, les collectivités peuvent choisir de développer un PLS qui ait un champ plus large que celui de l'ASV (que ce soit au niveau des publics, des territoires, ou des thématiques). En fonction des configurations locales, le coordonnateur ASV pourra être pilote ou associé à la démarche mais il devra être garant des territoires prioritaires. Au-delà de ces réalités locales, des questions communes traversent la réflexion des coordonnateurs : qu'apporte un Plan local à la démarche de l'Atelier santé ville ? Comment travaille-t-on à son élaboration à partir de l'Atelier santé ville ? À quels enjeux l'élaboration du Plan local de santé doit-elle répondre ?

## Quelques points de repères

La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 affirme l'enjeu de la territorialisation des politiques de santé pour les années à venir, considérant l'échelle locale comme pertinente pour lutter contre les inégalités de santé<sup>11</sup>. C'est à ce titre que doivent s'élaborer des Plans locaux ou territoriaux de santé publique dans le cadre d'une commune, d'un quartier, d'un groupement de communes ou encore d'un territoire de projet (pays, agglomération). La circulaire du 4 septembre 2006 relative à l'élaboration et la mise en œuvre des projets de santé publique précise que "les projets locaux ou territoriaux de santé publique sont les instruments appropriés pour répondre aux besoins de santé au plus près des populations en permettant de définir des stratégies d'intervention concertées avec les ressources de proximité".

## Atelier santé ville : une longueur d'avance pour définir un Plan local de santé

En ayant enclenché une dynamique de coordination, à la fois des acteurs et des actions auprès des publics, l'ASV peut constituer dans les territoires un cadre opérationnel structuré, partenarial et donc légitimé pour élaborer le Plan local de santé. De plus, ses principes fondamentaux, définis par la lettre circulaire de 2000<sup>12</sup>, sont en concordance avec les objectifs poursuivis par un PLS : prévention et promotion de la santé au cœur de la démarche, recherche de la synergie des acteurs, adaptation de réponses aux problématiques de santé en proximité, participation des habitants...

Enfin, en fonction de sa maturité, l'ASV émerge parfois déjà aux quatre axes des PLS :

- la veille (entendue au sens d'observation locale),
- la prévention-promotion de la santé,
- le lien avec le médico-social (ex : le travail réalisé en lien avec les conseils généraux autour de la petite enfance, des personnes âgées, du handicap),
- l'accès aux soins (à travers l'accès aux droits et les actions qui facilitent l'accès aux structures et professionnels du soin).

Les ASV ont donc une vraie longueur d'avance pour l'élaboration d'un PLS potentiellement contractualisé par la suite en Contrat local de santé.

C'est donc assez "naturellement" et en "gardant le cap" que l'ASV peut permettre le développement du Plan local de santé. En terme méthodologique, cela signifie qu'élaborer le projet territorial suppose de mener une analyse critique de l'expérience locale de la démarche ASV : où en est-on ? Quelles avancées ? Quelles marges de progression ? Chaque territoire partant de son existant, il s'agit bien d'intégrer progressivement des thématiques et des acteurs nouveaux dans le projet déjà déployé, dans la mesure des "capacités à faire" du territoire et en s'appuyant sur les ressources présentes.

<sup>11</sup> Didier Eyssartier, "Loi de santé publique : architecture, principes et place des acteurs locaux", *Les Cahiers du DSU* n°43, 2005, p.12

<sup>12</sup> Circulaire du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des Ateliers "santé ville", DIV, DGS, juin 2000, 2 p.

## Vers le Plan local de santé : redéfinir la stratégie sur son territoire

L'élaboration ou l'actualisation d'un Plan local de santé est l'occasion de conduire une réflexion stratégique sur la politique menée localement et sur les évolutions que l'on souhaite lui apporter. Il s'agit de questionner la cohérence des actions, l'échelle territoriale, les modalités de pilotage.

La réflexion autour du PLS doit donc permettre de se reposer des questions clés :

### La cohérence des actions : les actions menées jusqu'à présent sont-elles cohérentes au regard des éléments diagnostiqués ?

Le Plan local de santé est un projet stratégique. Cela suppose avant tout de dépasser le "catalogue" d'actions et d'être tout à fait attentif à leur cohérence en termes de publics, de thématiques et de territoires. Les actions doivent avoir du sens les unes par rapport aux autres, être au service de priorités et d'objectifs explicitement nommés dans la politique locale de santé publique. On cherchera donc à travailler les articulations des éléments diagnostiqués localement avec les priorités établies au niveau régional, les dispositifs de droit commun, les autres volets du Contrat urbain de cohésion sociale et entre les thématiques (mise en cohérence des volets du soin, du médico-social et de la prévention).

### Les territoires d'action : à quelles échelles territoriales est-il souhaitable d'agir ?

L'élaboration du Plan local de santé est l'occasion de revisiter les territoires pertinents pour l'action : le quartier ? La commune ? L'agglomération ? L'intercommunalité ? Même si l'opportunité de travailler un Plan local de santé à l'échelle de l'agglomération est d'abord fonction des configurations locales et du souhait des élus de travailler autour de thématiques de santé communes, il faut souligner l'intérêt qu'il y a à penser des réponses à différentes échelles territoriales. Selon les problématiques de santé, et les angles d'attaque choisis, le maillage territorial adéquat peut ne pas être le même. Le territoire de santé pertinent et productif ne peut pas être un cadre absolu et rigide dès lors que l'on a ce souci d'identifier l'ensemble des ressources présentes en proximité, de mutualiser les outils et d'agir sur les déterminants<sup>13</sup>. L'enjeu est donc aujourd'hui de travailler l'articulation des échelles territoriales.

<sup>13</sup> Mathilde Moradell, "Comment définir les territoires de santé ?". In *Education santé Rhône-Alpes* n°3. FRAES, décembre 2009, p.2

## Pourquoi s'engager dans la rédaction d'un Plan local de santé ?

### L'éclairage de Chantal Mannoni, médecin de santé publique

Il est important de considérer le Plan local de santé comme une consolidation et un prolongement de la dynamique territoriale en santé déjà engagée. L'Atelier santé ville a produit sur les territoires des avancées significatives qu'il s'agit de conforter<sup>14</sup>. Par le Plan local de santé, la collectivité affirme son engagement politique et assoit un projet stratégique de santé publique allant au-delà de la juxtaposition d'actions. Elle affirme ainsi son rôle en matière de santé, entendue au sens du "bien-être sur un territoire". Engager la rédaction du Plan local de santé constitue l'opportunité de questionner les

choix et les réalisations opérées jusqu'à présent, de consolider la qualité de ce qui se réalise : quels sont les acquis de l'Atelier santé ville ? Quelles sont nos priorités (publics, thématiques) ? Quelles articulations pouvons-nous mettre en œuvre avec nos partenaires ? À quelle échelle territoriale souhaitons-nous mener l'action ? Nos modalités de pilotage sont-elles pertinentes ? Dotée d'un Plan local de santé, la collectivité sera ensuite en mesure de demander sa contractualisation via un Contrat local de santé conclu entre le maire ou le représentant de la collectivité, le préfet et le

directeur de l'Agence régionale de santé. On peut alors supposer que la signature d'un contrat conduira à des engagements de moyens respectifs. Les territoires qui travaillent aujourd'hui à consolider leurs démarches territoriales en santé bénéficieront d'avancées importantes au moment de faire des choix. Restera à débattre de la mise en adéquation des moyens par rapport à des objectifs ambitieux convenus entre l'État et les collectivités territoriales.

<sup>14</sup> Cf. *Analyse critique du volet santé des Contrats Urbains de Cohésion Sociale*, op. cit.

### L'attention portée aux personnes vivant des processus de précarisation : dans quelle mesure touche-t-on les populations les plus fragiles ?

Le Plan local de santé poursuit l'enjeu de réduire les inégalités de santé. Il suppose donc de s'intéresser tout particulièrement aux territoires prioritaires de la politique de la ville et aux personnes les plus vulnérables. Ainsi, si l'élaboration du Plan local de santé conduit à envisager l'élargissement du territoire auparavant concerné par l'ASV (du quartier prioritaire à la ville par exemple), l'attention portée dans le cadre de l'ASV à ces publics doit être maintenue et explicitée dans ce nouveau cadre.

<sup>16</sup> *Politique de la ville et santé publique : une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé*, Séminaire de Bordeaux, Éditions de la DIV, 2008

### Les fondamentaux de la méthodologie de projet : comment s'inscrit-on dans une démarche projet ?

L'élaboration du Plan local de santé peut offrir l'occasion d'une remise à jour du diagnostic santé, le plus souvent réalisé au moment du développement de l'ASV. La programmation locale en santé est intimement liée à l'observation locale. La montée en charge des capacités d'observation locale permet de mieux piloter les actions et d'en mesurer les effets. Encore faut-il disposer d'un système d'observation adapté à l'échelle où l'on travaille. Dans cet enjeu d'observation, il convient de distinguer l'appui possible sur les ressources disponibles au niveau régional et le développement d'une veille continue au niveau local.

La définition du Plan local de santé permet de redéfinir le contenu de la programmation. C'est l'occasion d'intégrer de nouvelles thématiques ou de proposer une "montée en charge" de la programmation pour certaines d'entre elles. On rappellera que le Plan local de santé, document de référence pour la contractualisation, devrait intégrer les quatre axes suivants : la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social. Ces axes sont à penser selon le degré de maturité de la démarche : un ASV récent ne les aura pas forcément tous travaillés.

La programmation doit permettre la formulation d'objectifs mais aussi l'identification d'indicateurs à mobiliser pour les futures évaluations. Par la définition de ses priorités, le plan territorial conduit les acteurs à penser les modalités de son suivi et de son évaluation, dimension incontournable des projets territoriaux. Autour de l'élaboration du PLS se joue ainsi la réactivation des fondamentaux de la méthodologie de projet, essentielle pour conforter l'efficacité de l'action locale<sup>15</sup>.

<sup>15</sup> "Conduire un projet de développement social urbain. Éléments de méthode en débat", *Les Échos des Ateliers permanents du CR•DSU n°6*, juin 2010

### La gouvernance : les modalités de gouvernance sont-elles opérantes ?

La dimension de gouvernance est essentielle à questionner dans la dynamique du PLS : elle est tout à fait stratégique pour porter la légitimité de l'action en santé et celle des acteurs impliqués dans la démarche. Il s'agit ainsi de mener la réflexion autour des modalités de pilotage (place des partenaires dans le pilotage, définition du rôle et de la composition des instances...) mais également de son animation (place et rôle du coordonnateur santé notamment). À ce titre, il faut souligner que la fonction de coordination a été reconnue comme primordiale au bon fonctionnement des ASV<sup>16</sup>. De ce fait, si le Plan local de santé conduit à l'élargissement du périmètre (thématique, territorial...) initial de l'ASV, le changement d'échelle implique de repenser la ou les fonction(s) de coordination.

## Plan local de santé/Contrat local de santé : quels apports à la démarche ASV ?

Au cours des séances, une large place a été faite aux témoignages d'expériences. La ville de Meyzieu revient ici sur l'expérience de l'Atelier santé ville de son territoire. La consigne donnée aux participants du groupe de travail fut la suivante : "Dans ce contexte local, quel serait l'intérêt d'élaborer un Plan local de santé, contractualisable en CLS ? Quels sont les points que l'élaboration d'un PLS permettrait de travailler ?".

### L'Atelier santé ville de Meyzieu Rhône

En 1999, la ville de Meyzieu (29 380 habitants) propose une formation en santé communautaire à ses employés et partenaires locaux afin de soutenir la construction d'une culture commune préalable à l'action. En 2003, un état des lieux des besoins souligne la nécessité de s'intéresser à trois catégories de population : les jeunes parents en situation de précarité, les jeunes adultes et les personnes âgées. S'ensuit une réflexion sur le soutien à la parentalité autour d'une exposition *Il était une fois la famille*, premier acte du travail mené par la commune qui ira en se diversifiant les années suivantes : actions de soutien à la parentalité, création d'un Point accueil écoute jeunes, renforcement des actions sur le volet prévention des conduites

à risque chez les adolescents, mise en place d'un pôle gérontologique, déploiement d'un programme pour la prévention de l'obésité des enfants (ÉPODE), etc. En 2006, l'ASV vient labelliser la politique de prévention santé développée depuis 1999. La démarche est portée par la direction de l'action sociale et animée par une coordonnatrice ASV. Elle est déployée à l'échelle communale avec un regard spécifique sur les quartiers prioritaires (au nombre de trois). En 2009, les partenaires souhaitent réactualiser le diagnostic et procéder à l'évaluation de l'ASV : les publics et thématiques prioritaires de 2003 sont-ils encore pertinents ? Qu'a produit l'ASV ? Un travail d'enquête mené auprès des partenaires et une étude par questionnaire auprès de 1200 Majolans débouchent sur trois lignes de progression : la poursuite des projets en cours avec

quelques aménagements, l'intégration de thématiques nouvelles, la mise en place d'une nouvelle gouvernance de l'ASV. Trois nouvelles priorités thématiques et populationnelles sont ainsi formulées : l'enfance et la jeunesse (coordonner l'ensemble des acteurs œuvrant auprès de la jeunesse, la thématique santé occupant une place centrale), le handicap (abordé de façon transversale) et l'accès aux droits et aux soins des publics en difficulté (améliorer l'accès par l'information et le développement d'une offre spécifique).

Côté gouvernance, un comité de pilotage et un comité technique ASV sont mis en place, venant remplacer les comités de pilotage par projet, auparavant à l'œuvre.

••• Contact : Sylvie de Paulis, chef de projet et coordonnatrice ASV,  
04 72 45 16 88

## “ Réactions des participants

### Quels seraient les enjeux d'un Plan local de santé à Meyzieu ?

- De manière globale, un Plan local de santé/Contrat local de santé, en s'adossant à l'ASV, peut permettre de conforter le travail entrepris de longue date sur la commune, d'abord en légitimant la politique de santé et en valorisant la coordination, le partenariat et les démarches participatives conduites, ensuite en menant la réflexion autour du contenu du PLS : thématiques, populations, territoires. Des questions se posent alors : le PLS serait-il la stricte prolongation de l'ASV ? Faudrait-il renforcer la visibilité des publics précaires ? Y aurait-il intérêt à inscrire la démarche dans une dimension intercommunale ?
- La dynamique territoriale en santé à Meyzieu a produit des acquis qu'il s'agit de conforter via un PLS :
  - L'appui initial sur un diagnostic en santé, sa réactualisation et l'évaluation de l'ASV permettent de repérer des problématiques de santé spécifiques au territoire... à partir desquelles les partenaires locaux sont en capacité de définir ensemble des priorités.
  - Les acteurs du territoire adhèrent à la démarche de l'Atelier santé ville qui a permis de les mettre en lien.
  - Les partenariats sont opérants.
  - Une attention forte est accordée à la participation des habitants. Celle-ci constitue l'un des plus importants acquis de la démarche ASV à Meyzieu.
  - Le PLS peut permettre de travailler des évolutions pour développer la dynamique déjà à l'œuvre :
    - La démarche étant menée à l'échelle communale, se pose la question du public effectivement concerné par l'ASV : touche-t-on bien le public en situation de précarité ? Dans le cadre du PLS, comment repérer et prendre en compte des publics qui n'auraient pas encore été considérés comme prioritaires ? Comment travailler sur les problématiques de santé de ces publics et enrichir la programmation pour aller dans ce sens ?
    - En matière de pilotage et compte tenu des modifications organisationnelles de l'État, il peut être nécessaire de réinterroger l'organisation des instances de gouvernance.
    - La dimension "intersectorielle" de la santé (autrement dit le fait que tous les services de la Ville soient amenés à coproduire de la santé) est encore en mesure de progresser.

À partir du moment où la collectivité choisit d'aller vers un PLS, s'amorce la phase d'élaboration du projet local. Nous revenons ici sur les éléments de méthode, discutés au cours de l'atelier à partir des témoignages des coordonnateurs ASV. Ces éléments de méthode sont à adapter au contexte local. On présentera ici des expériences locales desquelles sont extraits des points de méthode reconnus comme essentiels par les participants de l'atelier. Il s'agit bien ici de points de repères et non d'un guide "clé en main".

## Comment établir les priorités de santé du territoire?

Le PLS détermine les priorités de santé retenues par les partenaires. Comment les établir? Quels outils et démarches partenariales déployer? Comment s'appuyer sur le travail déjà engagé dans le cadre de l'ASV?

### Le diagnostic local de santé pour repérer les besoins et les ressources

Saint-Priest (Rhône)

En 2007, la ville de Saint-Priest (41 000 habitants) constatant l'existence de multiples initiatives en matière de santé sur son territoire, une dynamique partenariale en construction mais un manque de lisibilité et de coordination, inscrit comme objectif de son Contrat urbain de cohésion sociale la définition d'axes d'intervention en matière de santé et la mise en œuvre d'un Atelier santé ville chargé de structurer et d'animer le partenariat. Le CCAS de Saint-Priest, en collaboration avec les acteurs locaux réunis au sein d'un groupe de travail "santé-ville", initie alors une démarche de diagnostic santé sur la commune, confiée à

l'Observatoire régional de la santé Rhône-Alpes. Parallèlement, une étude par questionnaire est menée auprès de 1 038 San-Priots. Sur la base des conclusions, une réflexion est conduite par le CCAS et le groupe de travail afin de déterminer les axes à déployer pour répondre aux besoins identifiés. Pendant quatre journées, le groupe, animé par un prestataire extérieur, bâtit le projet de l'Atelier santé ville. Trois problématiques de santé sont retenues: l'accès aux droits et aux soins (permettre au public en situation de précarité d'accéder, de manière adaptée, aux droits fondamentaux et en particulier aux soins et à la prévention), l'alimentation des personnes en situation de précarité, quels que soient leur âge et leur sexe (permettre au public en situation de précarité d'améliorer son état de santé en

agissant sur les déterminants majeurs que sont la nutrition et l'activité physique), les conduites à risque des adolescents et des adultes (permettre au public en situation de précarité d'identifier sa vulnérabilité face aux pratiques répétitives de mise en danger sur le plan physique, psychologique et social). Ces objectifs sont déployés depuis 2007 sur l'ensemble de la commune par l'ASV. Dans la perspective d'un Plan local de santé, ces priorités pourront être revisitées de manière partenariale en tenant compte du bilan, des leviers et faiblesses de la démarche ASV et des marges de progression identifiées localement.

••• Contact: Marjorie Mena, coordonnatrice ASV, 04 72 22 63 17

### Des groupes de travail pour élaborer les objectifs stratégiques du PLS

Communauté d'agglomération du Pays Viennois (Isère)

L'ASV de la Communauté d'agglomération du Pays Viennois s'inscrit dans le volet santé du Contrat urbain de cohésion sociale d'agglomération et couvre l'ensemble du territoire (67 000 habitants, 18 communes) avec une attention particulière aux six quartiers prioritaires. Les questions de santé ont émergé à partir des réflexions menées dans le cadre du volet prévention/sécurité (création du groupe "accueil collectif de la souffrance psychosociale", et de la commission "addictions"). C'est à partir des constats posés dans ce contexte qu'est créé l'ASV

en 2007 dont l'objectif est de favoriser l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité de l'agglomération viennoise. À cette date, un Plan local de santé publique (PLSP), validé par le comité de pilotage de l'ASV, est établi autour des axes santé mentale, addictions, hébergement des personnes les plus précaires, promotion de la santé et accès aux ressources. Il est renouvelé pour 2008/2009. En 2010, le comité de pilotage choisit de travailler sur un Plan local de santé, valorisant explicitement les liens avec les autres volets du Contrat urbain, mais aussi avec les soins et le médico-social, en vue de signer un Contrat local de santé avec l'État. En l'absence d'un diagnostic local de santé, les

axes prioritaires se basent sur ceux du premier plan, légèrement modifiés (santé mentale, addictions, alimentation et activité physique, accès aux droits et aux soins). Des groupes de travail ont vocation à définir et valider les problématiques, publics, objectifs prioritaires, territoires concernés, à identifier les déterminants, à recenser et valoriser les ressources existantes et à établir un plan d'actions. Une feuille de route sera établie par thématique, avec comme objectif transversal l'observation locale en santé. Le travail des groupes est suivi par le comité technique de l'ASV.

••• Contact: Maryange Guellaut, chargée de mission santé, 04 74 78 78 91

## “ Éléments issus des échanges

Le diagnostic local de santé est reconnu comme un outil essentiel pour définir, de façon partagée, les priorités de santé du territoire<sup>17</sup>. Il permet l'identification des problématiques locales de santé (à partir d'indicateurs quantitatifs et d'éléments qualitatifs issus des partenaires et des habitants) et des ressources disponibles et, au-delà de ces éléments de connaissance, d'enclencher des dynamiques collectives. Pour les ASV les plus anciens, la ré-actualisation du diagnostic peut être utile dans la perspective de l'élaboration du Plan local de santé. Dans ce cas, il nourrit également le bilan de la démarche ASV, permet de rendre lisible l'action engagée, de souligner les marges de progression envisageables.

À partir des éléments de diagnostic s'élaborent la définition et la hiérarchisation des orientations stratégiques. Cet exercice est nécessairement partenarial et suppose la mise en œuvre d'un cadre méthodologique adapté (par exemple des groupes de travail thématiques). L'écriture du Plan local de santé ne peut se faire "en chambre" tant le risque est grand de ne pas être approprié par les acteurs qui devront le faire vivre sur le territoire. Plusieurs éléments sont à prendre en compte :

- les problématiques locales de santé soulevées par le diagnostic ainsi que les ressources du territoire;
  - les priorités de santé établies dans le cadre du programme régional de santé;
  - les publics et territoires que l'on souhaite toucher prioritairement;
  - les programmes déclinés par le droit commun (actions du Conseil général sur le volet médico-social par exemple);
  - les liens avec les autres volets du Contrat urbain de cohésion sociale.
- Enfin, la définition des priorités repose sur un principe de réalité conduisant à commencer à travailler sur des axes pour lesquels des ressources sont potentiellement mobilisables sur le territoire.

<sup>17</sup> Cf. *Politique de la ville et santé publique: une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé*. Op. Cit.

## Les points en tension

- Des marges de progrès existent en matière d'observation locale en santé. Les données quantitatives manquent au niveau infracommunal. La dimension d'observation et de veille peut, à juste titre, faire l'objet de l'un des axes du Plan local de santé.
- Établir des priorités et définir des objectifs stratégiques ne va pas de soi pour tous les acteurs locaux : où sont les enjeux ? Pourquoi travailler sur cet objectif plutôt qu'un autre ? L'exercice suppose de réaffirmer les fondamentaux de la méthodologie de projet. Un des rôles du coordonnateur est de répondre à ce besoin d'accompagnement.
- Dans le cadre d'une agglomération comportant des territoires urbains, périurbains, ruraux, il peut exister une réelle complexité à travailler autour de la définition de priorités qui soient à la fois complémentaires et différenciées. Cette diversité est cependant également souvent très riche en termes d'innovations.
- Faut-il définir des priorités thématiques ou des priorités de populations ? Il s'agit de coupler ces deux entrées. Il est incontournable de mener la réflexion en direction des personnes les plus vulnérables. Si l'on est sur la définition d'un PLS à l'échelle communale, il est nécessaire d'être garant des quartiers prioritaires et des populations fragiles.
- Il est bien entendu indispensable de prendre en compte les priorités de santé définies au niveau régional.
- La place des habitants doit être promue. Il s'agit de mettre au débat les questions qui les concernent par des méthodes appropriées. L'implication des habitants permet de faire émerger des problématiques et ressources latentes, non identifiables avec les outils statistiques classiques. Elle permet de qualifier certaines problématiques (souffrance psychique, difficultés d'accès aux droits, discriminations...).

## Qui pilote? Quelle organisation locale?

Les ASV ont promu la notion de pilotage. En Rhône-Alpes, la quasi-totalité d'entre eux est dotée d'un comité de pilotage local. L'élaboration du PLS constitue aujourd'hui l'occasion de revisiter les modalités de la gouvernance: un Plan local de santé passe aussi par des modalités de pilotage pertinentes, explicites, évolutives. Pour cela, il s'agit d'analyser l'organisation en place et d'en valoriser les points forts, d'en faire ressortir les limites et d'en dégager les marges de progrès. Quelle composition des différentes instances? Quels mandats pour ces instances? Quelle organisation de la fonction d'animation?

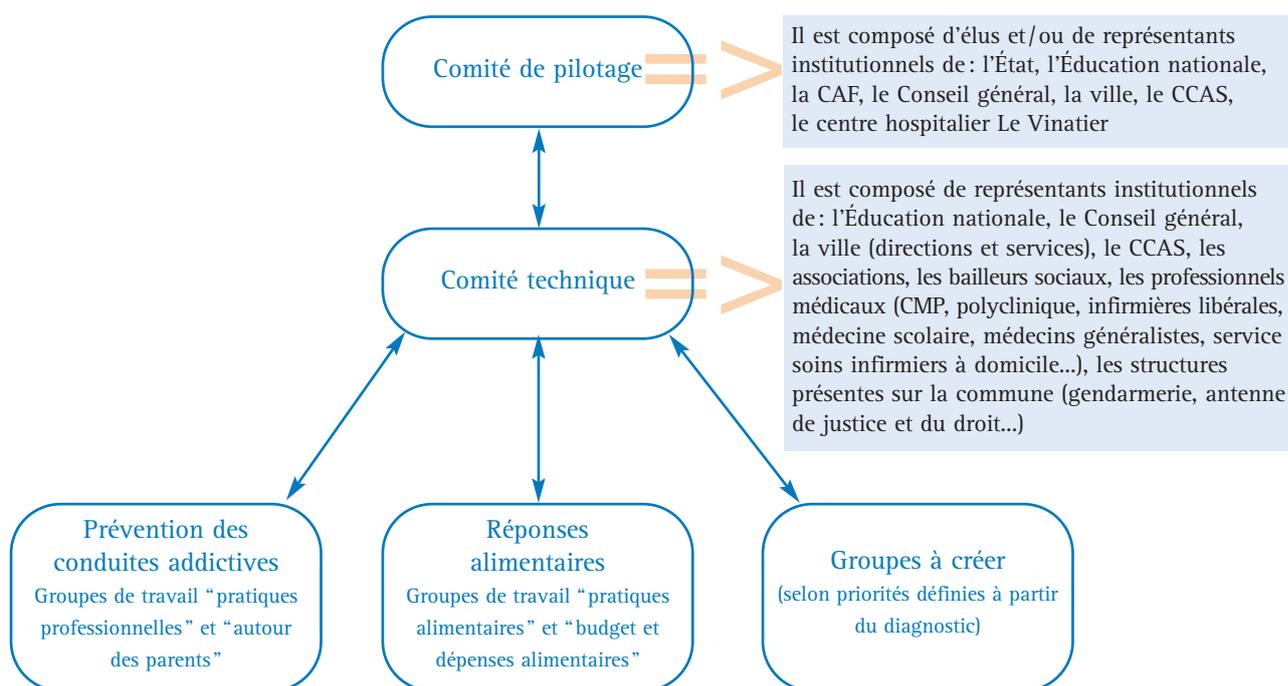
### Modalités de pilotage et d'animation de l'ASV de Rillieux-la-Pape (Rhône)

À Rillieux-la-Pape (30 000 habitants), les questions de santé ont émergé dès le milieu des années 1990 autour de la question de la prévention des risques liés à la toxicomanie. Cette préoccupation a débouché en 2000 sur la création d'une plateforme de santé publique, puis en 2002 par la mise en place d'un collectif restreint, piloté par la ville et le CCAS, qui a permis d'initier un débat concernant les orientations sur le champ des conduites addictives. L'objectif était de contribuer à une meilleure prise en compte de cette thématique par les acteurs concernés en impulsant un dispositif dynamique, alimenté par l'expérience des acteurs de terrain et leurs propositions d'actions. En 2007, la nécessité de mettre en cohérence les différentes actions

liées à la santé s'est fait jour qui a conduit à une réflexion sur la démarche Atelier santé ville. En 2008, l'Observatoire régional de santé en Rhône-Alpes est missionné pour réaliser un diagnostic santé, première étape d'une démarche ASV. En 2009, le premier comité de pilotage de l'ASV s'est réuni au cours duquel le diagnostic santé est présenté, les priorités d'action sont déclinées et le mode opératoire de la démarche ASV est entériné. Tout au long de la mise en place de la démarche, la question du pilotage fut posée, partant du principe qu'elle devait s'inscrire dans une logique transversale. L'option retenue fut celle d'un co-pilotage assuré par le Grand Projet de Ville et le CCAS, qui se traduit concrètement, d'une part, au niveau du GPV par une modification de la fiche de poste de la coordinatrice du CLSPD (contrat local de sécurité et de prévention de la délinquance) qui consacre

dorénavant 50% de son temps au pilotage de la démarche ASV de Rillieux-la-Pape et, d'autre part, au niveau du CCAS par du temps dégagé par la responsable du service action sociale à la démarche ASV. S'il est trop tôt pour déterminer les limites d'un tel co-pilotage, il est d'ores et déjà possible d'en dégager les principaux atouts: assurer une transversalité sur les questions de santé; créer des liens utiles avec les autres volets du Contrat urbain de cohésion sociale (éducation, sanitaire et sociale, insertion professionnelle...); permettre la mutualisation des compétences et l'interconnaissance des partenaires; faciliter la coordination de la démarche ASV.

●●● *Contacts: Service GPV, coordinatrice CLSPD et ASV, 04 37 85 00 63 et service de l'action sociale du CCAS, 04 37 85 01 80*



## “ Éléments issus des échanges

La gouvernance des démarches locales en santé est un élément essentiel à prendre en compte pour asseoir les dynamiques de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé<sup>18</sup>. Il s'agit de fixer des règles du jeu pour s'organiser collectivement sur un territoire afin de penser la santé de façon intersectorielle, définir des stratégies, des modes opératoires et des actions pour promouvoir la santé des populations.

Le comité de pilotage assoit la démarche territoriale en santé: il reconnaît l'importance de la thématique santé sur le territoire, confère aux acteurs qui le composent une légitimité à travailler sur certains axes et à engager des partenariats en ce sens (notamment en suscitant l'engagement des autres services de la commune) et entérine le couple "ville-État" comme socle de la dynamique territoriale en santé. Sa composition donne à voir sa dimension stratégique: il est essentiel d'y retrouver les acteurs décisionnels représentant la ville et l'État. Une fois la démarche lancée, un comité de pilotage se réunit peu, compte tenu de la nature stratégique de son rôle. Il valide les axes de travail, fixe les enjeux et priorités, mesure les avancées, les communique (en se saisissant des outils de suivi et d'évaluation) et oriente au fil du temps les axes forts de la démarche. En outre, il permet de mobiliser les acteurs du niveau stratégique (ville, agglomération, État), d'impulser et de conforter la dimension transversale de la santé et

il assure le rôle de garant du bon fonctionnement des instances. Enfin, le comité de pilotage est responsable des moyens dont il se dote pour fonctionner: il relève de son rôle de clarifier et de se porter garant de la fonction de coordonnateur, notamment en positionnant le (ou les) porteur(s) opérationnel(s) de la démarche au cœur de l'animation.

Outre le comité de pilotage, la plupart des sites sont ensuite organisés avec un comité technique ou de suivi puis des groupes ou commissions de travail. Pour chaque instance, il apparaît important de faire l'exercice de préciser mandat et mission, composition, objectifs de travail et modalités de communication entre ces instances. Dans cet objectif, un cahier des charges est un outil tout à fait intéressant: il peut être proposé ou revisité à l'occasion de la construction du PLS.

Par ailleurs, le rôle du coordonnateur dans ces différentes instances, s'il varie selon les sites, mérite toujours d'être explicité<sup>19</sup>. Son mandat autour de l'animation de la démarche doit être précis. Au-delà de son rôle dans ces instances se pose la question de son positionnement dans l'organigramme: le coordonnateur doit être en position favorable à la fois au niveau hiérarchique et fonctionnel avec la politique de la ville, le service santé, en lien facilité avec les élus, en interface avec les autres démarches territorialisées.

<sup>18</sup> Cf. *Politique de la ville et santé publique: une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé*. Op. Cit.

<sup>19</sup> C. Mannoni. *La démarche Atelier santé ville, des jalons pour agir*, Profession Banlieue, janvier 2008, p.67.

## Les points en tension

- Peut-on fusionner comité de pilotage et comité technique pour éviter de sur-mobiliser des acteurs (sur les petits territoires notamment quand les acteurs-ressources sont souvent les mêmes)? *A priori*, ce choix ne semble pas souhaitable: un comité de pilotage doit justement éviter la "technicisation" des enjeux autour de la santé.

- Peut-on fusionner comité de pilotage ASV et comité de pilotage du Contrat urbain de cohésion sociale? *A priori*, la consolidation de la santé au sein du Contrat urbain passe par la reconnaissance d'entités propres aux questions de santé. En revanche, les passerelles politiques et opérationnelles entre les instances ASV et celles des Contrats urbains de cohésion sociale doivent être renforcées et formalisées: l'élu à la santé peut faire partie du comité de pilotage du Contrat urbain et l'élu chargé de la politique de la ville

être membre du comité de pilotage de l'ASV; quant au coordonnateur ASV, il peut être intégré au comité technique du Contrat urbain et le chef de projet du Contrat urbain être membre des comités de pilotage et/ou technique de l'ASV.

- Les règles du jeu établies en matière de pilotage ne sont pas toujours respectées! Les modes de résolution des problèmes peuvent être abordés dans le cahier des charges des instances.

- Le comité de pilotage réunit parfois beaucoup d'acteurs dont plusieurs élus (élus thématiques d'une même commune, élus d'agglomération et de plusieurs communes...). Se pose alors la question de la légitimité de chaque élu dans le pilotage de la démarche.

- En Rhône-Alpes, on ne repère pas de comités de pilotage départementaux ou régional.

## Quel rôle pour le coordonnateur ASV dans l'élaboration du PLS ?

Qu'il soit pilote ou associé à la démarche, le coordonnateur ASV contribue à l'élaboration du Plan local de santé. Quels peuvent être son rôle et son positionnement dans l'écriture de ce projet qui peut dépasser le périmètre d'action de la démarche de l'Atelier santé ville ?

### Être garant des enjeux de santé des publics et territoires prioritaires

Valence (Drôme)

La ville de Valence (67 000 habitants), aujourd'hui ville-santé de l'OMS, a investi depuis de nombreuses années le champ de la santé publique, en entraînant avec elle de nombreux partenaires. Dès 1983, plusieurs collectifs et dispositifs sont créés : un collectif "prévention" (1983), un réseau d'adultes-relais (depuis 1986) comptant aujourd'hui plus de 500 professionnels et bénévoles, un point écoute jeunes, un point relais oxygène (1988), un espace santé jeunes (1993), des groupes de travail et des actions de promotion de la santé (alimentation/nutrition, sida, famille/soutien à la parentalité, santé/environnement...). Dans ce contexte, la création d'un ASV en 2006 visait à apporter une attention particulière, via la démarche participative, à un quartier en voie de fragilisation, le Polygone. Après un diagnostic santé mené en 2005, un programme d'actions a donc

été déployé sur ce site jusqu'en 2009. L'évaluation de l'ASV en 2009 souligne les points forts (création d'une dynamique sur le quartier grâce à la démarche participative, accélération de certains projets, valorisation du quartier, sensibilisation des élus sur des projets de promotion de la santé...) et les points de progression possibles de la démarche ASV. Il s'agit maintenant d'étendre l'ASV aux quatre quartiers prioritaires en travaillant autour d'une thématique transversale, "le bien-vivre ensemble", déclinée en plusieurs axes de travail : famille-parentalité, prévention des comportements à risque et de la violence, accès aux soins et à la prévention, santé mentale. La création d'un observatoire de la santé inter-quartiers est également envisagée, afin d'être au plus près des besoins des habitants sur chaque territoire. À travers ces évolutions, se pense l'élaboration d'un Plan local de santé, à la fois promoteur d'une redynamisation et d'une extension de l'ASV (territoires, thématiques, publics) et alimenté

par lui, l'ASV venant abonder un Plan local de santé établi à l'échelle communale. Une méthodologie de projet partenariale est actuellement imaginée pour conduire au PLS. Dans ce cadre, la chargée de projet qui coordonne l'ASV se voit confier le travail de coordination autour de son élaboration, sous la direction de la responsable du pôle santé publique et du médecin directeur. Dans un premier temps, elle doit assurer la veille réglementaire autour des Plans et Contrats locaux de santé et relayer l'information aux partenaires du territoire. Au-delà d'un rôle de coordination, il est convenu qu'à partir de l'expérience de l'ASV, elle soit garante de la démarche participative, de l'articulation de la politique de la ville avec le Plan local de santé et de la prise en compte des enjeux en matière de santé des personnes en situation de précarité.

#### ●●● Contacts :

Direction santé familles environnement,  
Dr Sylvaine Boige-Faure, Mireille  
Benoit-Gauthier,  
Émeline Drevetton, 04 75 79 22 94

## “ Éléments issus des échanges

L'expérience de l'ASV et de sa coordination présente trois leviers essentiels sur lesquels s'appuyer lors de l'écriture du PLS. Premièrement, l'ASV a conduit à l'existence d'un cadre partenarial qu'il est judicieux de mobiliser dans ce temps de construction d'un projet collectif. Deuxièmement, le coordonnateur a acquis une posture légitime pour le faire selon l'antériorité de la démarche ASV sur le territoire et il est "outillé" en matière de méthodologie de projet (dont la démarche participative). Enfin, l'ASV est au cœur de la problématique santé-précarité, centrale dans le cadre des Plans et Contrats locaux de santé. Le coordonnateur ASV est garant des populations vulnérables et des quartiers prioritaires dans le cadre d'une dynamique locale en santé dépassant les contours de la question santé-précarité. Pour autant, il s'agit de ne pas placer le coordonnateur ASV dans un rôle qui ne serait pas le sien: il convient de rappeler le caractère politique de toute démarche territoriale en santé (rôle des élus) et de prendre en compte le positionnement hiérarchique et fonctionnel du coordonnateur ASV dans chaque territoire.



## Les points en tension

- Dans de nombreux territoires, l'ASV ne représente qu'une partie (la partie "politique de la ville") du futur Plan local de santé qui définit la stratégie globale de la commune en matière de santé. Le rôle du coordonnateur ASV dans l'élaboration du PLS dépend des configurations locales (histoire de la commune en matière de santé publique, place de l'ASV dans la politique locale de santé publique, positionnement du coordonnateur ASV...).
- Les plus-values de la démarche ASV sont étroitement liées à la fonction de coordination qui doit constituer un élément de la négociation. Aujourd'hui, le coordonnateur est la plupart du temps mobilisé dans l'élaboration du PLS. Demain, quelle sera la place de la fonction de coordination dans la mise en œuvre du PLS? Quels seront les moyens supplémentaires accordés à la coordination d'un projet élargi (en termes de publics, thématiques, territoires)?
- Le choix d'écrire un Plan local de santé est une décision politique. Dans ce nouveau cadre réglementaire et organisationnel, comment soutenir l'information faite aux élus?

## Conclusion

Le contexte actuel est complexe et il convient ici de souligner quatre grandes zones d'ombre :

- Premièrement, les **politiques de santé de droit commun et la politique de la ville sont en mutation**. Aux reconfigurations des services de l'État, s'ajouteront demain la réforme des collectivités territoriales autour des compétences et des financements et la nouvelle géographie prioritaire venant redéfinir le nombre et les périmètres des territoires urbains les plus en difficulté. Ces évolutions réglementaires, assorties de changements organisationnels sans que certaines modalités ne soient encore mises en œuvre, génèrent des questionnements sur les territoires.
- Deuxièmement, **l'importance accordée à la prévention/promotion de la santé dans les textes doit être démontrée dans les faits** : quelle part du budget des ARS sera consacrée à ce volet ? Quelles modalités pour protéger et promouvoir ce champ, incluant des interfaces concrètes entre les ARS et la cohésion sociale ? Quelles modalités concrètes pour soutenir les dynamiques d'articulation du local et du régional ?
- Troisièmement, **la nature et les contours du Contrat local de santé ne sont pas à ce jour définis**. Force est de constater qu'il existe un certain flou entre les termes de "plan" et de "contrat". En l'absence d'harmonisation, des compréhensions différentes se font jour localement : le CLS peut alors être considéré comme un "objet contractuel" déconnecté d'une réflexion sur la planification en santé. Le risque peut alors être grand de s'éloigner d'un contrat conçu comme un support à la mise en place d'un projet de santé cohérent pour un territoire et sa population, alors même que c'est le postulat premier pour relier une politique municipale de santé à l'enjeu de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

- Quatrièmement, se pose la question des complémentarités et des articulations entre la démarche Atelier santé ville, le Plan local de santé et leurs futures formes contractuelles. Et autour de cette interrogation, c'est bien celles de la double gouvernance locale et régionale et des **financements attribués aux démarches locales** qui sont soulevées.

L'atelier d'échanges co-organisé par le CR•DSU et la FRAES s'est inscrit dans la vision "politique de la ville" des Contrats locaux de santé qui invitait à une consolidation des dynamiques territoriales en santé et de la démarche ASV via ce nouveau contrat. Les coordonnateurs ASV ayant participé aux séances ont pris une posture volontariste consistant à s'emparer de cette période de transition pour mener une analyse critique de la démarche ASV sur leur territoire et penser ses marges de progression. Pour autant, cette posture ne peut être satisfaisante très longtemps tant la mobilisation à entretenir est une gageure dans ce contexte.

L'enjeu aujourd'hui semble donc être celui de créer et soutenir des espaces collectifs d'échanges et de concertation entre l'État et les collectivités, permettant de clarifier les avancées respectives au fil du temps, de renforcer les processus de travail collaboratifs permettant l'articulation des niveaux local, départemental, régional et national pour consolider les dynamiques de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

## Ressources

### Ouvrages et revues...

**La gouvernance du secteur social et médico-social. Après la création des ARS et la réforme des services déconcentrés de l'État**  
*ASH n°2675 Cahier 2, 24/09/2010, 82 p.*  
Ce numéro fait le point sur la réforme des services centraux des ministères sociaux, sur les agences et les services déconcentrés restructurés. Puis, il présente l'évolution des secteurs social et médico-social, notamment les termes du débat, la place pour le social dans la nouvelle organisation et les leviers de leur rapprochement.

**Les ateliers santé ville. Une plus-value locale pour la réduction des inégalités de santé**  
*CRPV Essonne, DPVI de Paris, Pôle de ressources départemental Ville et Développement social du Val d'Oise et Profession Banlieue, 2010, 70 p.*  
Présentation de trois ASV d'Île-de-France; chaque site ayant sa singularité. Parmi les thèmes étudiés : la santé communautaire, l'implication des usagers, le plan local de santé publique, l'observation, la santé des résidents des foyers de travailleurs migrants. Autant d'actions qui contribuent à réduire les inégalités sociales et territoriales en matière de santé.

**L'observation locale en santé : du diagnostic au pilotage de la politique de santé publique. Actes de la journée d'étude du 9 octobre 2009**  
*Élus, santé publique et territoires, 2010, 155 p.*  
Ces actes abordent le passage du diagnostic local de santé à l'observation locale, la place de l'observation dans le pilotage d'une politique locale de santé

et l'articulation entre le niveau local et le niveau régional (quelle articulation entre les Contrats locaux de santé et le Plan régional de l'ARS? par exemple).

**BASSET (Bernard)**  
**Agences régionales de santé. Les inégalités sociales de santé**  
*Éditions Inpes, 11/2009, 209 p.*  
Ce volume est conçu comme un vademecum à l'usage des directeurs généraux des ARS, de leurs collaborateurs et de tous les acteurs de terrain qui s'investissent pour réduire les inégalités sociales de santé. Il fait un état des lieux de la santé en région et propose des stratégies et outils afin de réduire les inégalités sociales de santé.

**Pourquoi et comment construire un Contrat Local de Santé? Actes de l'Université 2009**  
*Institut Renaudot, 2009, 41 p.*  
De nombreuses questions ont été soulevées lors de cette journée : Quels sont les acteurs locaux qui en seront ou pourraient en être? Les Contrats locaux de santé seront-ils l'occasion de favoriser l'expression et l'implication des habitants, des usagers, des citoyens? Quelle sera la place accordée aux Contrats locaux de santé dans les ARS?

**Ateliers Santé Ville. Une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé**  
*Les Éditions de la DIV, 09/2007, 286 p.*  
Après avoir fait un point sur l'articulation entre santé publique et politique de la ville, cet ouvrage dresse un état des lieux complet de la démarche ASV, notamment sur les diverses actions mises en place, les méthodologies employées (diagnostic, conduite de projet...), la notion de partenariat...

### Sur Internet...

[www.crdsu.org](http://www.crdsu.org)  
Les textes officiels et documents de références dans le dossier thématique "Santé, précarité et Ateliers santé ville"; le dossier thématique "Le Collectif Santé en Rhône-Alpes"; *Les Cahiers du DSU n°43* sur la santé; Un état des lieux sur les ASV de Rhône-Alpes dans la rubrique "Politique de la ville en Rhône-Alpes".

<http://education-sante-ra.org>  
Le site de l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (Ireps), anciennement Fraes.

[www.ars.sante.fr](http://www.ars.sante.fr)  
Le site de l'Agence régionale de la santé.

[www.sfsp.fr](http://www.sfsp.fr)  
Le site de la Société française de santé publique.

[www.sante-sports.gouv.fr](http://www.sante-sports.gouv.fr)  
Le site du ministère de la Santé et des sports, avec des fiches pédagogiques sur la loi Hôpital, patients, santé et territoires.



## Document réalisé et publié par le CR•DSU

Le Centre de Ressources et d'échanges pour le Développement Social et Urbain Rhône-Alpes s'adresse aux acteurs dont les projets s'inscrivent dans un objectif de cohésion sociale sur un territoire: professionnels des collectivités locales, élus locaux, partenaires institutionnels, associations, chercheurs...

Son action: diffusion d'informations et de connaissances sous diverses formes, mise en réseau des acteurs, qualification collective, capitalisation d'expériences, soutien à certaines démarches locales...

**Directeur de publication:** Louis LEVÊQUE, Président du CR•DSU

**Directrice de la rédaction:** Isabelle CHENEVEZ, CR•DSU

**Rédaction:** Aude LEGUBE, CR•DSU  
Chantal MANNONI, médecin de santé publique et médecine sociale, consultante  
Mathilde MORADELL, FRAES

**Bibliographie:** Muriel SALORT-CARAYON, CR•DSU

**Conception graphique:** Muriel SALORT-CARAYON, CR•DSU

**Impression:** Lamazière Imprimeur - 165, avenue Franklin Roosevelt - 69153 Décines

### Crédits photos:

- © MP Ruch - Agence d'Urbanisme de Lyon: pages 1 et 4
- © Agence technique de l'information sur l'hospitalisation - www.ars.sante.fr: pages 1 et 6
- © Muriel Salort-Carayon, CR•DSU: pages 1, 8 et 10
- © Muriel Salort-Carayon, CR•DSU: pages 1, 12, 14, 16 et 17

Dépôt légal: Octobre 2010  
ISSN 1960-2340



PREFECTURE DE REGION RHÔNE-ALPES

Rhône-Alpes Région

GRANDLYON  
communauté urbaine

l'acsé

l'agence nationale pour  
la cohésion sociale  
et l'égalité des chances



GRENOBLE-ALPES  
MÉTROPOLITAIN



ALLOCATIONS  
FAMILIALES  
CAF DE LYON

isère  
Conseil Général

Plus proche de vous!



CENTRE DE RESSOURCES ET D'ÉCHANGES POUR LE DÉVELOPPEMENT SOCIAL URBAIN RHÔNE-ALPES

4 rue de Narvik - BP 8054 - 69351 Lyon cedex 08

Tél: 04 78 77 01 43 - Fax: 04 78 77 51 79 - crdsu.secretariat@free.fr - www.crdsu.org

SIRET 415 021 377 000 15 - APE 9499Z