LABO CITÉS

centre de ressources
politique de la ville
Auvergne-Rhône-Alpes

FABRIQUE TERRITOIRES SANTÉ

JUILLET 2019

ASV, CLS, CLSM, politique locale en santé… Quelles évolutions des démarches territoriales en santé en Auvergne-Rhône-Alpes ?

Édito

Cette note de synthèse sur les dynamiques territoriales de santé dans les quartiers de la politique de la ville en Auvergne-Rhône-Alpes s'inscrit dans le cadre d'une commande nationale du CGET à Fabrique Territoires Santé dont l'objectif était d'inventorier et de qualifier le déploiement des démarches de santé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV). Cette étude[1] est conduite avec les partenaires en région de Fabrique Territoires Santé. Quatre régions ont été ciblées, dont Auvergne-Rhône-Alpes.

Une étude pour inventorier et qualifier le déploiement des démarches de santé dans les QPV

Ce travail en Auvergne-Rhône-Alpes a été réalisé à partir de l'expertise de Labo Cités concernant le déploiement des démarches santé en QPV. Il a été approfondi lors d'une rencontre du Collectif santé, le réseau régional des agents référents sur la santé dans les collectivités territoriales en politique de la ville (majoritairement des coordonnateurs ASV et CLS). Cette rencontre s'est tenue en février 2019 et était construite autour de trois ateliers auxquels l'ensemble des participants (20 personnes) a participé : état des lieux des dynamiques territoriales de santé en Auvergne-Rhône-Alpes ; articulation de ces démarches les unes avec les autres ; partenariat et financement. Par ailleurs, trois personnes ont contribué à distance, en répondant à un questionnaire.

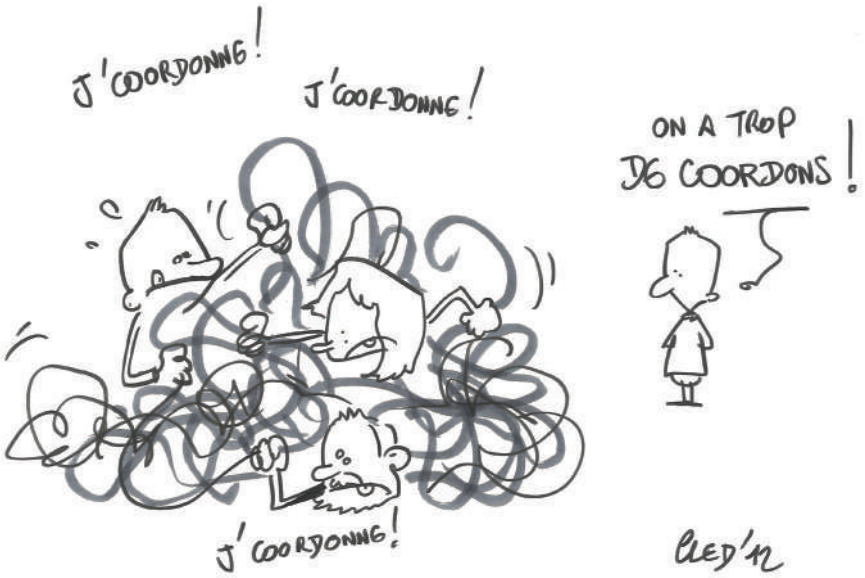
Cette note de synthèse a été co-rédigée par Catherine Bernard de Fabrique Territoires Santé et Marion Pollier de Labo Cités.

Les territoires contributeurs sont les suivants :

- Bourg-en-Bresse
- Bourgoin-Jallieu
- Clermont-Ferrand
- Feyzin
- L'Isle-d'Abeau
- Loire Forez (agglomération de Montbrison)
- Lyon
- Oyonnax
- Rillieux-la-Pape
- Roannais agglomération
- Romans-sur-Isère
- Valence
- Vaulx-en-Velin
- Vienne Condrieu Agglomération
- Saint-Étienne
- Saint-Fons
- Saint-Martin-d'Hères
- Saint-Priest
- Thiers-Ambert

[1] La version 2017 de cette étude est sur www.fabrique-territoires-sante.org, rubrique "Nos actions", puis " Étude sur les dynamiques territoriales de santé".

Démarches territoriales de santé : de quoi parle-t-on ?



Dessin réalisé par Cled'12 à la rencontre nationale de Fabrique Territoires Santé "Parcours de santé : quelle réalité sur les territoires ?" du 1er juin 2017

Qu'est-ce que l'atelier santé ville ?

Dispositif de promotion de la santé propre à la politique de la ville, l'atelier santé ville (ASV) a été créé en 1999. En 2012, un référentiel national[2] définit l'ASV comme *« une démarche d'ingénierie de projet, de coordination d'acteurs et de programmation d'actions de santé au service de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Elle s'applique dans un cadre partenarial au profit des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville. »*

L'ASV est animé par un coordonnateur. Souple et flexible, la démarche s'adapte aux besoins et aux réalités des quartiers, en s'appuyant sur un diagnostic partagé par l'ensemble des acteurs impliqués, professionnels et habitants. L'ASV a été inspirant pour d'autres démarches territoriales de santé, telles que les contrats locaux de santé (CLS) et les conseils locaux de santé mentale (CLSM).

Qu'est-ce que le contrat local de santé (CLS) ?

Le contrat local de santé (institué par la loi de 2009 « Hôpital, patients santé et territoires ») est un outil de contractualisation entre l'ARS et les collectivités. Le CLS propose une articulation concertée entre les politiques régionales de santé et l'action des collectivités locales en matière de promotion de la santé, de prévention, de politique de soins et d'accompagnement médico-social.

Avec les CLS, les collectivités sont reconnues comme des acteurs en matière de santé et des partenaires de premier plan des Agences régionales de santé (ARS). Car, même si elles n'ont pas de compétences santé à proprement parler, les collectivités locales disposent de compétences sur un grand nombre de déterminants de santé (urbanisme, mobilité, éducation, voirie, etc.), et un certain nombre d'entres elles sont dotées de service santé et portent des ASV.

La loi précise peu le contenu du CLS. Il s'agit donc d'un outil assez souple qui se construit selon les territoires d'implantation. Il en ressort une très grande hétérogénéité des CLS, que ce soit en raison de leur contenu, périmètre, partenaires associés, ou encore leur coordination ou leur programmation d'actions. En 2017, près de 400 CLS ont été recensés sur l'ensemble du territoire français. En Auvergne-Rhône-Alpes, en 2018, il y en avait 30, dont 21 en géographie prioritaire.

La réduction des inégalités sociales de santé est un objectif des contrats locaux de santé, affirmé dès le départ par le ministère de la Santé. Depuis la loi Lamy de 2014, le CLS, lorsqu'il existe, est le volet santé du contrat de ville. En 2017, c'est le cas de 134 contrats de ville pour 474 QPV sur l'ensemble du territoire français.

[2] Référentiel national des ateliers santé ville (ASV) publié au Bulletin officiel Santé – Protection sociale – Solidarité n°2012/4 du 15 mai 2012.

[3] http://clsm-ccoms.org/2019/05/15/film-danimation-du-centre-national-de-ressources-et-dappui-aux-clsm-pour-expliquer-la-demarche-clsm/

Qu'est-ce qu'un conseil local de santé mentale (CLSM) ?

Selon le Centre national de ressources et d'appui aux CLSM [3], un conseil local en santé mentale est une plateforme de concertation et de coordination d'un territoire défini par ses acteurs, présidée par un élu local, co-animée par la psychiatrie publique, intégrant les usagers et les aidants. Il a pour objectif de définir et de mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées.

Le CLSM permet une approche locale et participative concernant la prévention et le parcours de soin. Il associe les acteurs sanitaires et sociaux, et toute personne intéressée du territoire.
En résumé, CLS, ASV, CLSM, ont des rôles et des champs d'intervention différents, mais complémentaires, comme le montre le schéma ci-dessous.

Rôle des coordinateurs en configuration CLS/ASV/CLSM.

Un objectif commun : la réduction des ISTS*

Des approches spécifiques	Des rôles différenciés
CLS, une approche **Globale :** prévention, accès/offre de soins, Médico-social, déterminants sociaux **Intersectorielle +++ :** mobilisation d'acteurs du champ sanitaire et des autres politiques publiques **Sur un territoire** communal ou intercommunal **Concernant un public large** avec l'apport de réponses graduées en fonction des besoins (universalisme proportionné) **Pluri-thématique :** nutrition, accès aux soins, santé mentale, habitat indigne etc **Participative :** démarche de démocratie sanitaire	Coordination globale – mobilisation institutionnelle – organisation des instances CLS et rôle d'interface entre chacune d'elles
L'ASV, une approche : **Le plus souvent axée** sur la prévention, l'accès aux droits/aux soins. **Sur un territoire de proximité :** Quartiers Politique de la Ville (mais parfois communal ou intercommunal) **Ciblant plus spécifiquement :** les publics en situation de précarité **Des thématiques phares :** nutrition, accès aux soins, santé mentale, addictions/conduites à risques, cancers (participation DO des cancers) **Participative :** démarches de proximité (santé communautaire…)	Pilotage/animation de groupes de travail thématiques et/ou d'actions – mobilisation des acteurs de proximité – rôle de garant des dynamiques ascendantes : développement de la participation de proximité, des démarches de santé communautaire
Le CLSM, une approche : **De santé mentale globale portant sur la** prévention/promotion de la santé, l'inclusion sociale, l'accompagnement médico-social du handicap psychique, les déterminants de la santé mentale, l'accès aux soins **Sur un territoire de proximité pertinent pour les acteurs locaux:** **Ciblant :** les patients, leurs proches, les citoyens. Une attention particulière est portée aux publics en situation de vulnérabilité sociale **Participative :** approche mixte démocratie sanitaire et participation de proximité (mobilisation d'associations de patients et de familles, de GEM…)	Animation du volet santé mentale du CLS - Coordination du dispositif spécifique de pilotage CLSM (COPIL , Assemblée plénière et commissions thématiques)

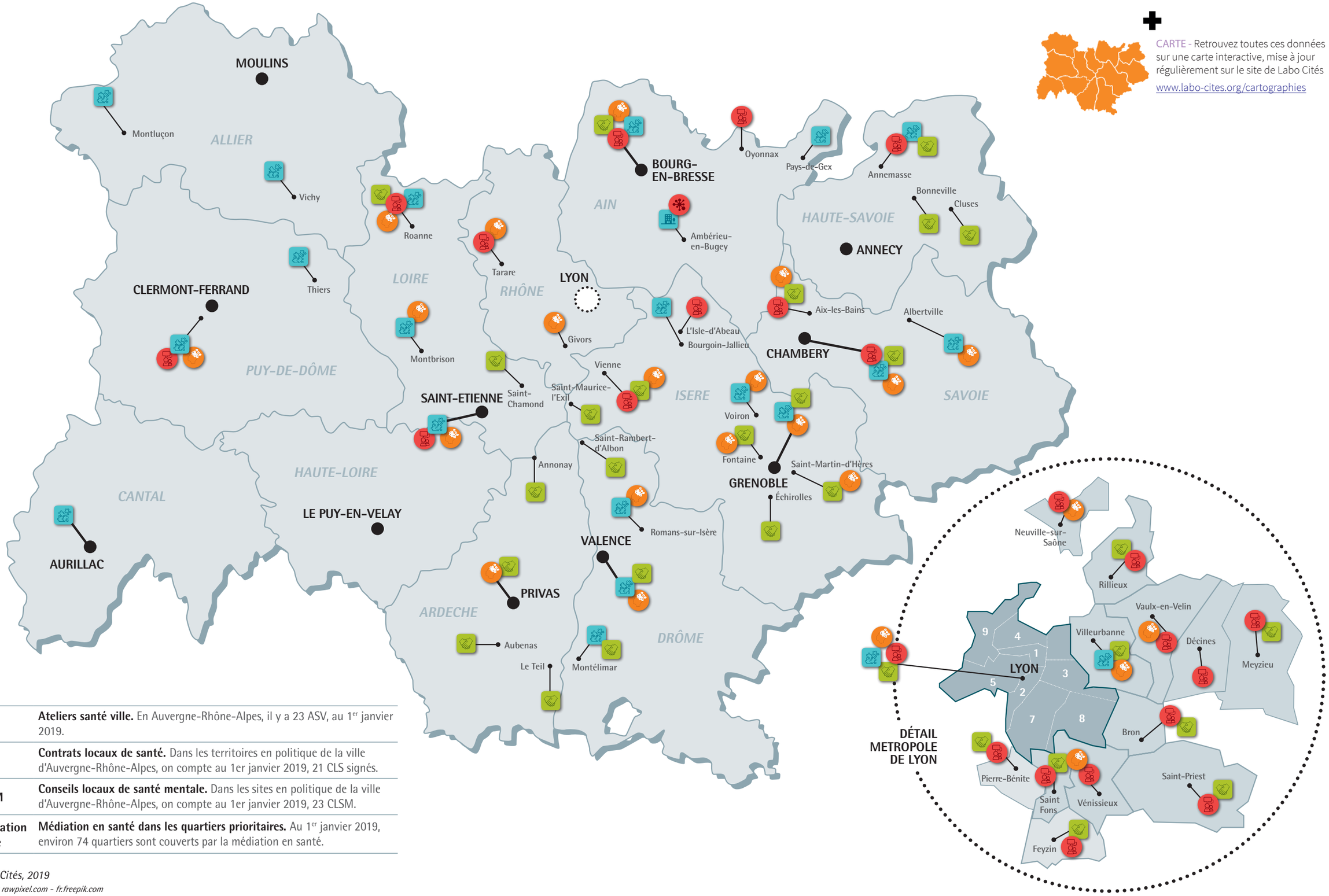
* ISTS = Inégalités sociales et territoriales de santé

Source : ARS Île-de-France, référentiel CLS, 2015

Pour rappel, même si des CLS ou des CLSM peuvent être déployés sur des territoires hors politique de la ville, cette note de synthèse ne concerne que les communes ou intercommunalités comportant des quartiers politique de la ville.

Les démarches territoriales de santé en Auvergne-Rhône-Alpes, au 1er janvier 2019

CARTE - Retrouvez toutes ces données sur une carte interactive, mise à jour régulièrement sur le site de Labo Cités
www.labo-cites.org/cartographies



ASV	**Ateliers santé ville.** En Auvergne-Rhône-Alpes, il y a 23 ASV, au 1er janvier 2019.
CLS	**Contrats locaux de santé.** Dans les territoires en politique de la ville d'Auvergne-Rhône-Alpes, on compte au 1er janvier 2019, 21 CLS signés.
CLSM	**Conseils locaux de santé mentale.** Dans les sites en politique de la ville d'Auvergne-Rhône-Alpes, on compte au 1er janvier 2019, 23 CLSM.
Médiation santé	**Médiation en santé dans les quartiers prioritaires.** Au 1er janvier 2019, environ 74 quartiers sont couverts par la médiation en santé.

Source : Labo Cités, 2019

© pictos créés par rawpixel.com - fr.freepik.com

Les démarches territoriales de santé en Auvergne-Rhône-Alpes
suite

Quelques chiffres

- 45 contrats de ville
- 21 CLS en géographie prioritaire politique de la ville (30 CLS au total sur la région : 15 dans l'ex région Auvergne et 15 dans l'ex-région Rhône-Alpes)
- 23 CLSM
- 23 ASV
- Environ 74 QPV couverts par la médiation en santé

Déploiement en cours des CLS et des CLSM, diminution progressive des ASV

Historiquement, en Rhône-Alpes, le lien entre CLS et politique de la ville est fort. Avant la fusion des régions, l'ARS Rhône-Alpes avait adossé les CLS à la politique de la ville, en s'appuyant sur les ASV. Alors qu'en Auvergne, l'ARS avait fait le choix d'un maillage de l'ensemble du territoire en CLS, à l'échelle de bassins de santé intérmédiaires et animés par des coordonnateurs dédiés. En 2018, la rédaction du Plan régional de santé a conduit l'ARS à redéfinir sa politique en matière de stratégie de déploiement des contrats locaux de santé comme outil de territorialisation de sa politique de santé.
Début 2019, on compte 21 CLS dans les territoires politique de la ville d'Auvergne-Rhône-Alpes. En cette année pré-électorale, 12 CLS sont en cours d'élaboration : Oyonnax, Porte Dromardèche, Annonay, Vienne Condrieu Agglomération, Valence, Fontaine, Saint-Martin-d'Hères, Vaulx-en-Velin, Saint-Priest, Aix-les-Bains, Annemasse.

Début 2019, on compte 23 CLSM en territoire politique de la ville, 4 CLSM en cours de création et 4 autres sont en réflexion. Par ailleurs, un CSLM a été arrêté en 2018, sur décision politique : le CLSM de la communauté d'agglomération Porte de l'Isère.

Bien que les contrats de ville soient signés à l'échelle intercommunale, les ASV d'Auvergne-Rhône-Alpes sont majoritairement animés à l'échelle communale, souvent par le CCAS ou le service hygiène et santé. Seuls 4 ASV (sur 23) sont intercommunaux, portés par le service politique de la ville. Autre cas de figure exceptionnel : 3 ASV sont animés par des associations : celui d'Oyonnax est mis en œuvre par l'Association départementale d'éducation sanitaire et sociale de l'Ain (ADESSA), celui de Clermont-Ferrand par la Mutualité française et celui de Chambéry par le Pôle de santé Chambéry Nord.
On observe en Auvergne-Rhône-Alpes une tendance à la disparition progressive des ASV. Après les ASV de Valence, Villeurbanne, la Voulte-sur-Rhône et les ASV des communes de l'agglomération de Grenoble, ce sont dernièrement les ASV des agglomérations de Villefranche-sur-Saône (en 2017) et de Montluçon (en 2018) qui ont été arrêtés. Ainsi, nous sommes passés en l'espace de quatre années de 34 ASV à 23 ASV en Auvergne-Rhône-Alpes.

Enfin, il semble que les démarches en santé peinent à émerger dans les petits territoires, ceux où les contrats de ville sont signés par des communautés de communes. Bien souvent on observe que seule la médiation santé est développée dans ces QPV, et éventuellement un diagnostic local de santé a été réalisé qui a parfois abouti à un processus d'élaboration d'un CLS.
S'inscrivant dans le cadre de la loi de modernisation du système de santé de 2016, puis du référentiel de la Haute autorité de santé [4], la médiation en santé a été mise en place dans la région, spécifiquement dans les quartiers en politique de la ville de Rhône-Alpes, sous l'impulsion de l'ARS [5]. À noter que si dans les appels à candidature, les collectivités locales doivent être systématiquement associées, elles ne sont éligibles seules que si elles candidatent dans le cadre d'un contrat local de santé. L'ARS envisage d'étendre le dispositif en 2020, avec un accent particulier pour les territoires auvergnats.

[4] *La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins*, Haute autorité de santé, octobre 2017.

[5] Il y a eu deux appels à candidature de l'ARS, le premier en 2015 et le deuxième en 2016

Quel périmètre géographique idéal pour le déploiement des démarches territoriales en santé ?

Pas de règle mais un ajustement par territoire selon le contexte politique et technique des collectivités

Les périmètres géographiques et l'échelon institutionnel de pilotage des démarches territoriales en santé diffèrent d'un territoire à l'autre, sans que l'on puisse distinguer de tendances.
Depuis 2014, les contrats de ville sont obligatoirement signés à l'échelle intercommunale. Néanmoins, en Auvergne-Rhone-Alpes, les ASV sont majoritairement portés par les communes puisque seuls 4 ASV relèvent d'une intercommunalité.
Les CLSM peuvent être communaux, intercommunaux (sans pour autant se calquer sur le périmètre de l'EPCI) ou infra-communaux (comme à Lyon où il y a 1 CLSM par arrondissement). Par ailleurs, leur portage peut relever de la commune ou de l'EPCI mais aussi de l'hôpital psychiatrique de secteur. On trouve aussi des coportages hôpital-collectivité.
Quant aux CLS, l'ARS indique qu'il n'y a *« pas de maille géographique arrêtée en amont »*, pour *« privilégier l'appétence des acteurs locaux d'un territoire »* à élaborer un contrat local de santé à partir d'un diagnostic local partagé, même si l'échelle de l'EPCI peut être favorisée. Dans les territoires d'Auvergne-Rhône-Alpes où il n'y avait pas d'ASV, les CLS ont été élaborés par l'EPCI, à une exception près : la Ville de Montélimar. Et bien souvent c'est l'équipe politique de la ville qui était à la manœuvre pour poser les premiers jalons de la dynamique. C'est le cas au Pays voironnais, à Loire Forez (Montbrison), à Arlysère (Albertville) et à Annonay agglo.
En revanche lorsqu'il y a (ou avait) un ASV sur le territoire, les acteurs locaux ont mis en place le CLS en s'appuyant sur l'ASV et en capitalisant sur ses acquis. Le CLS a alors été élaboré à la même échelle géographique. C'est le cas de Roannais agglo, Ville de Bourg-en-Bresse, Ville de Saint-Étienne, Ville de Valence, Ville de Chambéry, Annemasse agglo, Ville de Romans-sur-Isère, Ville de Lyon, Ville de Clermont-Ferrand. À une exception près : l'agglomération Porte de l'Isère où le CLS est à l'échelle de la ville de Bourgoin-Jallieu et l'ASV est animé par le service politique de la ville de l'EPCI.

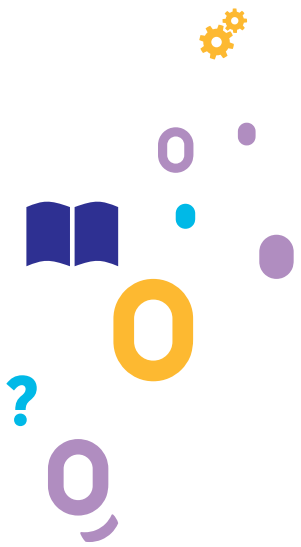
En Auvergne-Rhône-Alpes, d'après les membres du Collectif santé, le déploiement de telle ou telle démarche territoriale en santé résulte de l'histoire et de la configuration spécifique du territoire. Ainsi, il peut être conditionné par le fait que l'intercommunalité s'est saisie de la compétence santé, ou par l'existence d'un service communal hygiène et santé ou encore par le nombre important d'acteurs locaux.

Le contexte et le portage politiques sont également très influents. Les élus peuvent aussi bien être à l'origine d'une montée en charge d'une dynamique que du détricotage de la démarche, quand bien même celle-ci est implantée depuis de longues années et reconnue par l'ensemble des acteurs du territoire. Sur ce point l'existence d'un service santé au sein de la collectivité freine ce détricotage en ce qu'il structure la démarche et la pérennise face au jeu politique. On remarque par ailleurs que les antagonismes politiques entre élus d'EPCI et de communes peuvent s'avérer parfois préjudiciables à des démarches territoriales de santé implantées sur des échelles différentes.

Lorsqu'il y a plusieurs démarches en santé sur un territoire et que celles-ci ne sont pas déployées à la même échelle géographique et qu'elles ne font pas l'objet d'un même portage institutionnel, leur articulation et mise en cohérence peuvent s'avérer compliquées.

L'articulation des démarches sur les territoires : leviers et freins

Les coordonnateurs des démarches territoriales en santé d'un même territoire, affichent la volonté de travailler en cohérence.



Au sein d'une même intercommunalité plusieurs démarches peuvent cohabiter. Le CLS a une fonction d'ensemblier naturel, dans la mesure où il structure une démarche de planification en santé. Pour autant, l'articulation des démarches (orientations stratégiques, déclinaisons opérationnelles mais aussi gouvernance, groupes de travail....) semble être une question à approfondir sur les territoires. Par exemple, il n'y a actuellement aucune mutualisation de comités de pilotage ou de groupes de travail.
Néanmoins, les coordonnateurs des démarches territoriales en santé d'un même territoire affichent la volonté de travailler en cohérence à l'occasion d'échanges réguliers sur les dossiers et les projets. Cela est facilité par un lieu de travail commun ou en proximité, avec le positionnement dans les mêmes services ou les mêmes bureaux.

De manière plus fine, l'articulation ASV-CLS est pensée dès l'élaboration du CLS. Et, parfois, certains coordonnateurs cumulent les fonctions et assurent la coordination du CLS et de l'ASV.
Toutefois, certains territoires décident d'arrêter l'ASV à la création du CLS. Ils prennent alors le risque de perdre petit à petit la focale spécifique des quartiers prioritaires de la politique de la ville, que portait l'ASV.
Concernant l'articulation CLS-CLSM : dans la mesure où la plupart des territoires ont formalisé le CLSM comme volet santé mentale du CLS, de nombreux coordonnateurs affirment travailler de concert et croisent les démarches : ils participent à la gouvernance et aux groupes de travail des autres démarches lorsque les sujets et les thématiques l'imposent.
Sur certains territoires, le coordonnateur du CLS, agent d'une collectivité, endosse également la coordination du CLSM.

Les freins à l'articulation locale des démarches

Plusieurs freins à une bonne articulation des démarches ou à une collaboration pérenne sont identifiés. D'abord, le manque de temps consacré à la coordination des démarches. Souvent pour des raisons financières, la fonction est parfois endossée par un agent ayant plusieurs missions parmi lesquelles la coordination (du CLS ou de l'ASV ou du CLSM) n'est qu'une petite partie de son temps de travail.
Un autre frein est l'absence de volonté politique des institutions à travailler ensemble. La question se pose notamment au sein des CLSM, où l'enjeu premier peut être de favoriser la collaboration entre les institutions porteuses qui se connaissent peu (collectivités et hôpital psychiatrique), relèguant au second plan l'articulation avec l'ASV, le CLS ou le contrat de ville.

« Le fait est que les collectivités territoriales et les centres hospitaliers ne parlent pas le même langage, ne partagent pas les mêmes préoccupations, n'ont pas le même fonctionnement (technique et politique). Dans ces conditions, ce n'est pas toujours facile de travailler ensemble. »
(témoignage d'un coordonnateur).

Plus particulièrement, les croisements entre CLSM et contrat de ville sont très souvent ténus. Certains coordonnateurs CLSM n'ont de relation avec l'équipe politique de la ville que *via* les coordonnateurs ASV, lorsqu'il y a un ASV. Toutefois, leur collaboration n'a jamais fait l'objet d'actions inscrites dans le contrat de ville. Et pourtant, les acteurs sont demandeurs d'une meilleure articulation, pour une place plus grande de la santé mentale dans les contrats de ville et une meilleure interconnaissance entre les acteurs de la politique de la ville et ceux de la santé mentale.

Évolution des financements & des règles du jeu partenarial

Diminution de l'investissement de la politique de la ville et expansion de la médiation santé dans les quartiers

Le budget alloué aux actions santé réalisées dans les QPV ne cesse de diminuer et, dans certains territoires, la politique de la ville n'est plus le premier financeur des actions santé.
Face au désengagement financier de la politique de la ville, le droit commun peut-il intégralement compenser ? Les moyens de l'ARS ne sont pas en expansion, de même que les modalités de financement de l'agence sont annualisées et à reconduire d'année en année.

Un coordonnateur relève : « On nous dit ***"La santé, c'est l'affaire de l'ARS et non plus de la politique de la ville"***. Sans pour autant que les financements suivent. »

Les grandes agglomérations, avec des moyens ou des capacités de négociation conséquents semblent se distinguer. Par exemple, sur la métropole de Lyon, les crédits ARS ont parfois pris le relais, notamment pour des actions santé dans les quartiers de veille active.
Par ailleurs, la médiation santé a (re) donné du souffle au volet santé des contrats de ville, sachant que les médiateurs santé réalisent des actions collectives parfois co-financées par la politique de la ville. Depuis 2015, la médiation santé a fait ses preuves, notamment auprès des financeurs. Plusieurs communes ont récemment fait le choix d'augmenter le montant de co-financement du poste de manière à prolonger le temps de présence du médiateur sur le quartier.
Une conséquence de la diminution du budget « santé » des contrats de ville est la baisse du nombre d'actions santé à destination des habitants des quartiers. Ce constat est unanime chez les acteurs interrogés.

Une autre conséquence de la baisse du budget politique de la ville pour les actions santé est la perte de cohérence globale sur les territoires et le risque de saupoudrage d'actions : les acteurs locaux sont de plus en plus nombreux à répondre en direct aux appels à projet de l'ARS, parfois sans même entrer en relation avec le coordonnateur ASV qui perd la vision globale des actions en santé déployées sur les QPV.

Quand les règles du jeu partenarial changent

Parmi les acteurs désignés dans le cercle partenarial des ASV, CLS, CLSM, on trouve les acteurs du territoire étiquettés « santé » : les CPAM, les associations locales ou antennes locales d'associations nationales ou régionales de prévention santé, les représentants d'usagers, les professionnels libéraux, les établissements sanitaires, médico-sociaux…
Récemment, et de plus en plus, les professionnels de santé libéraux (médecins, pharmaciens, infirmiers) ont rejoint les espaces de travail partenariaux des ASV et CLS. Sur le territoire de la Ville de Lyon, cette tendance se concrétise *in fine* avec la signature du CLS par l'Union régionale des professionnels de santé.

Mais les membres du Collectif santé citent également systématiquement les structures de proximité dans les quartiers : centres sociaux ou maisons de quartier (municipaux ou associatifs), ainsi que les bailleurs sociaux. Les conseils citoyens sont exceptionnellement cités (comme à Oyonnax, Thiers, Annemasse agglo), car de manière générale, ils sont très peu investis sur les questions de santé.

Le Département, chef de file de l'action sociale, est systématiquement mentionné comme acteur incontournable, bien que tous les conseils départementaux ne soient pas signataires des CLS. L'Éducation nationale est également évoquée, mais elle est très rarement signataire des CLS.

Les membres du Collectif santé déplorent unanimement que les acteurs locaux aient de moins en moins de temps à consacrer aux temps partenariaux collectifs (groupes de travail, comités techniques…). Certains ne viennent même plus, et concentrent leur temps à leur cœur de métier. Plusieurs coordonnateurs rapportent qu'ils doivent faire preuve de ténacité et de conviction auprès des responsables de structure pour les amener à autoriser leurs salariés à prendre part aux temps de travail collectifs. Cela s'inscrit dans le contexte actuel, observé tant dans les structures publiques ou parapubliques que dans les associations, de réduction des effectifs du fait de la raréfaction des fonds publics. Cette mise sous tension des acteurs locaux a deux conséquences. Tout d'abord, les pratiques professionnelles des coordonnateurs évoluent. Désormais, il n'est pas rare qu'à la suite d'une réunion partenariale, le coordinateur se rende sur le lieu de travail d'acteurs n'ayant pu venir, pour un temps de travail « de rattrapage ». Cela serait la façon de les maintenir dans la dynamique de la démarche territoriale.
Autre conséquence : le nombre d'actions pluri-partenariales diminue pour laisser place à des actions déployées en plus grande proximité, par une seule structure. Pour autant, le nombre d'habitants participant aux actions n'a, quant à lui, pas baissé, au contraire.

Pour ne pas conclure,

rappelons que cette note de synthèse se veut être un état des lieux en date de février 2019 et que les évolutions, si elles s'affirment d'année en année, sont toujours en cours.
Labo Cités et Fabrique Territoires Santé continueront d'être en veille sur les démarches territoriales en santé en Auvergne-Rhône-Alpes ; une région dont le lecteur aura saisi toutes les spécificités des dynamiques en santé.