17e Journée nationale d'études
« Élus, santé publique & territoires »

—

Rencontre nationale du Réseau français
des Villes-Santé de l'OMS

POLITIQUE LOCALE DE SANTÉ : ENJEUX & DYNAMIQUES

RENNES

MAISON DES ASSOCIATIONS

6 cours des Alliés, 35000 RENNES

Mardi
6 décembre
2016

PRÉSENTATION DE « ÉLUS, SANTÉ PUBLIQUE & TERRITOIRES » ASSOCIATION NATIONALE DES VILLES POUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA SANTÉ PUBLIQUE

L'association « Élus, santé publique & territoires » a été fondée en octobre 2005 par des élus locaux pour contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé par la promotion des politiques locales de prévention, promotion et éducation à la santé.

« Élus, santé publique & territoires » est un réseau national d'élus souhaitant développer une politique locale de santé, dans un cadre contractualisé avec l'Etat, en s'appuyant sur le modèle de l'Atelier santé ville dans les quartiers politique de la ville et globalement celui des Contrats Locaux de Santé, inscrits dans la loi HPST puis la loi de modernisation de notre système de santé du 16 janvier 2016. Le réseau plaide en faveur de l'affirmation et la reconnaissance du rôle des communes et de leurs groupements dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique territoriale de santé s'appuyant sur les leviers d'action puissants dont disposent les élus locaux sur leurs territoires. Il promeut un travail intersectoriel, inter institutionnel et interprofessionnel, qui consiste à introduire la « santé dans toutes les politiques » et, au-delà, à mettre en œuvre des réflexions sur l'évaluation de l'impact en santé.

« Élus, santé publique & territoires » met pour cela en place des échanges et réflexions afin de mutualiser les expériences locales pertinentes. Elle organise une à deux fois par an des Journées nationales d'étude.

Un partenariat avec l'Université Paris Nanterre lui permet de développer les travaux de recherche sur la santé en milieu urbain et à les rendre utilisables par les décideurs locaux.

L'association accompagne également les collectivités dans le développement de programmes territoriaux de santé et la mise en œuvre de démarches telles que les Ateliers santé ville, les Conseils locaux de santé mentale, les Contrats locaux de santé.

Les élus de l'association participent, en outre, à différentes instances locales, régionales ou nationales, qui structurent les réflexions et le développement des politiques de santé publique et de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (Comités de pilotage et d'organisation de séminaires et conférences, groupes de travail ou groupes de réflexion, conseils scientifiques, jurys d'appels d'offre…).

Trois objectifs pour fédérer les élus locaux…

- ***Promouvoir toute politique visant à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé,*** favorisant l'accès aux droits, aux soins, à la prévention, à la santé égale pour tous, contribuant à l'éducation et à la promotion de la santé et intégrant les déterminants de la santé, en particulier environnementaux ;
- ***Affirmer, faire reconnaître et légitimer le rôle des communes et de leurs groupements dans la mise en œuvre de politiques territoriales de santé publique,*** en particulier dans le cadre d'une coproduction avec l'État ;
- ***Développer et consolider toute forme de programme de santé publique contractualisé entre les collectivités territoriales et l'État,*** dans la logique et sur le modèle des « Ateliers Santé Ville » développés dans le cadre de la Politique de la ville.

L'association en quelques chiffres…

12 ans d'existence…

30 collectivités adhérentes dont 3 communautés d'agglomération et **35 villes correspondantes.**

L'association et ses partenaires financiers …

ESPT est considérée comme « Tête de réseau » à l'échelle nationale et soutenue par le Commissariat général à l'égalité des territoires, par la Direction Générale de la Santé et Santé publique France. Les villes adhérentes contribuent également au développement de l'association par une adhésion volontairement modeste.

L'association en quelques dates…

- ***Octobre 2005 :*** Création de l'association nationale des villes pour le développement de la santé publique « Élus, santé publique & territoires », dans la dynamique des Ateliers Santé Ville et à la suite des Assises pour la Ville d'avril 2005.
- ***Novembre 2005 :*** PARIS : Premières rencontres nationales des villes pour le développement de la santé publique sur le thème des inégalités de santé

- *Octobre 2006 :* NANTES : 2e Journée d'étude **« Santé mentale et ordre public : quelles compétences pour les élus locaux ? »**
- *Mars 2007 :* GRENOBLE : 3e Journée d'étude **« Le maire et le psychiatre : ensemble pour la santé mentale ».**
- *Juillet 2007 :* Mobilisation nationale pour la sauvegarde et le développement des ASV.
- *Octobre 2007 :* REIMS : 4e Journée d'étude **« Offre de soins, accès à la santé : quel rôle pour les élus locaux ? ».**
- *Octobre 2008 :* SAINT-DENIS : 5ème Journée d'étude **« Santé des jeunes : une préoccupation des élus locaux ».**
- *Décembre 2008 :* PARIS : 6e Journée d'étude - Colloque européen avec le Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS – Lille) **« Élus et psychiatres : quelles bonnes pratiques selon l'OMS pour la prise en charge des malades psychiatriques dans la cité ? »**
- *Avril 2009 :* LILLE : 7e Journée d'étude **« Politique de santé et développement durable : comment croiser ces deux impératifs au niveau local ? ».**
- *Octobre 2009 :* MARSEILLE : 8e Journée d'étude **« L'observation locale en santé : du diagnostic au pilotage de la politique de santé publique »**
- *Février 2010 :* PARIS : 9e Journée d'étude **« Santé mentale, SécuritéS et LibertéS – le rôle des élus locaux ».**
- *Septembre 2010 :* PARIS : X° Journée d'étude **« Journée de synthèse du séminaire sur la réduction des risques et les salles de consommation à moindre risque »**
- *Novembre 2011 :* LE HAVRE : 11e Journée d'étude **«Politique de santé et programme de réussite éducative, des synergies à construire à l'échelle locale »**
- *Janvier 2012 :* PARIS : 12e Journée d'étude co-organisée avec le CCOMS-Lille – thème : **« Citoyenneté et santé mentale» - 1e rencontre nationale des conseils locaux de santé mentale (CLSM)**
- *Mars 2013 :* LYON : 13e Journée d'étude co-organisée avec le CCOMS-Lille – thème : **«Villes et santé mentale » - 2e rencontre nationale des CLSM**
- *Septembre 2013 :* NANTERRE : Colloque international co-organisé avec l'Université de Nanterre et de nombreux partenaires - **Dynamiques urbaines et enjeux sanitaires.** *(pas de publication)*
- *Septembre 2014 :* NANTES : 15e Journée d'étude co-organisée avec le CCOMS-Lille – thème : **Démocratie et santé mentale : Quelles politiques ? quels acteurs ? quels partenariats ? 3e rencontre nationale des CLSM**
- *Novembre 2015 :* PARIS : 16e Journée d'étude avec la Ville de Paris, le Réseau environnement santé et le soutien de l'AP-HP et du Réseau français des villes-santé de l'OMS : **Santé environnementale : le pouvoir des villes.**
- *Décembre 2016 :* RENNES : 17e Journée d'étude ESPT et rencontre nationale du Réseau français des Villes-santé de l'OMS, manifestation organisé conjointement par les deux associations : **Politique locale : enjeux et dynamiques**
- *19 janvier 2017 :* TALENCE : 18e Journée d'étude ESPT co-organisée avec le CCOMS-Lille, 4e rencontre nationale des CLSM : **Le CLSM : une révolution tranquille, Actes à paraître prochainement**

Les Actes des différentes Journées d'étude sont téléchargeables sur le site : www.espt.asso.fr et disponibles en format papier sur simple demande.

ESPT contribue régulièrement à des **publications à destinations des élus et acteurs locaux,** en partenariat notamment avec Santé publique France, l'ARS Île de France, le Réseau français des Villes-Santé de l'OMS, l'Université Paris Nanterre ...

Exemples récents :

- **Promouvoir le dépistage organisé du cancer du sein et réduire les inégalités socio-territoriales de santé : un guide pour l'action à l'attention des élus et acteurs locaux,** brochure proposée par l'ARS IdF, l'Université Paris Nanterre, le laboratoire LADYSS et ESPT, fruit de la synthèse d'une recherche-action réalisée par la sociologue Julia Bardes
- **Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé : Intérêts d'une approche locale et transversale,** document de plaidoyer destiné aux élus des communes et de leurs groupements, proposé par l'INPES, ESPT et le RfVS OMS
- **L'évaluation d'impact sur la santé : Une aide à la décision pour des politiques favorables à la santé, durables et équitables,** document proposé par l'INPES et l'UIES

Pour contacter l'association :

Par courrier : 14 rue Maublanc, 75015 PARIS
Par téléphone : 06.71.61.18.05
Par mail : contact@espt.asso.fr

RÉSEAU FRANÇAIS DES VILLES-SANTÉ DE L'OMS (RFVS-OMS)

Le Réseau français des Villes-Santé de l'OMS a pour objet de soutenir la coopération entre les villes ou les intercommunalités qui ont la volonté de mener des politiques favorables à la santé et à la qualité de vie urbaine, toujours dans le but de réduire les inégalités sociales de santé. Vouloir une société en bonne santé nécessite d'agir conjointement dans de multiples domaines qu'il s'agisse des transports, de l'habitat ou de la cohésion sociale et de construire des réponses avec les acteurs et les habitants du territoire.

Le réseau représente ses membres à l'échelle nationale et européenne. De plus, il favorise les échanges d'expériences locales, organise régulièrement des journées de réflexion, conduit des groupes de travail et des études de recherche, produit des ouvrages et des « brefs » de 4 pages. Son site web est une ressource précieuse avec des nombreux exemples des actions venant des Villes-Santé.

En complément de l'activité nationale du Réseau français des Villes-Santé de l'OMS, 6 réseaux régionaux se sont formés, couvrant toute le territoire métropolitain. Ils travaillent sur les thématiques de leur choix en fonction des réalités et des actualités locales. C'est une façon de décliner la politique Villes-Santé sur des sujets plus ciblés et de partager réflexions et actions au plus proche des populations.

Le Réseau français contribue aux travaux du Réseau européen des Villes-Santé de l'OMS. Le Réseau européen compte aujourd'hui 29 réseaux nationaux qui représentent plus de 1 300 municipalités adhérentes. Animé depuis les bureaux de l'OMS à Copenhague, le Réseau européen décline des thèmes de réflexion novateurs, mais les valeurs des Ville-Santé restent constantes. Les valeurs déclinées dans la dernière Déclaration européenne (Athènes, 2014) sont :

Les cinq valeurs des Villes-Santé européennes

- **Justice :** agir sur les inégalités de santé en portant attention aux besoins de ceux qui sont vulnérables et socialement désavantagés .... le droit à la santé s'applique à chacun quels que soient son sexe, sa race, ses croyances religieuses, son orientation sexuelle, son âge, ses incapacités et ses conditions socio-économiques.
- **Participation et empowerment** : assurer le respect du droit collectif et individuel à participer à la prise de décision concernant la santé, les services de soins et le bien-être. Donner aux citoyens les occasions et les moyens de renforcer leur pouvoir et de devenir autonomes.
- **Partenariat :** établir des partenariats stratégiques, multisectoriels et efficaces au sein de la collectivité et en associant des représentants de la société civile et d'autres acteurs non gouvernementaux, afin de mettre en œuvre des actions qui mènent à une amélioration durable de la santé.
- **Solidarité et amitié :** travailler dans la paix, l'amitié et la solidarité par le renforcement des liens sociaux, et dans le respect de la diversité des membres du mouvement Villes-Santé.
- **Développement durable :** agir pour s'assurer que le développement économique est aussi socialement et environne mentalement durable, prendre en compte les besoins du présent de manière à ne pas compromettre les futures générations.

L'association en quelques chiffres...

Créée en 1990

85 villes ou intercommunalités adhérentes couvrant une population de 12 millions d'habitant.e.s, et 5 autres villes en cours d'adhésion fin 2017.

Les publications du RfVS-OMS

Les publications ci-dessous ont pour but de mettre la santé au cœur des politiques locales, elles proposent un panorama des thématiques de travail du Réseau français des Villes-Santé de l'OMS. Toutes sont téléchargeable à partir de www.villes-sante.com

Ouvrages

Agir sur les déterminants de la santé, les actions des Villes-Santé Ouvrage du Réseau à l'occasion de ses 25 ans, édité par les Presses de l'Ehesp 2015. (80p) .

Mobilités actives au quotidien, le rôle des collectivités Presses Ehesp, 2013 (76p) aussi en anglais et russe

Santé et Parentalité, l'approche des villes. Presses Ehesp (84) 2013

Pour un Habitat favorable à la santé, les contributions des villes Presses Ehesp (112p) 2011

Villes-Santé en Actions, Ouvrage pour les 20 ans du Réseau Presses EHESP (96p) 2010

La Santé des Gens de Voyage ; Comprendre et agir RFVS-OMS (74p) 2010

Brefs – Le Point Villes-Santé sur…

Universalisme proportionné : lutte contre les inégalités sociales de santé dès la petite-enfance juin 2017 **Frelons asiatiques** mai 2017 ; **Alcool et Jeunes - Rôle et stratégie des villes en matière de prévention et réduction des risques** jan 2017 **Moustique tigre : actions des Villes-Santé métropolitaines** 2016; **Urbanisme et santé - quel rôle pour les collectivités locales?** 2016 ; **Analyse des lois impactant les compétences des intercommunalités liées à la santé** 2016 ; **Qualité de l'air intérieur** 2015 ; **Qualité de l'air extérieur** 2015 ; **L'outil HEAT : évaluation économique des effets sur la santé des mobilités actives** 2015 ; **Offre de soins de premier recours :** 4 brochures 2015 ; **La résilience communautaire et la santé pour tous** 2014 ; **Lutte contre le tabac : les collectivités locales comme employeurs exemplaires** 2014

Rapports / Etudes…

Les services de Santé/santé publique - Etat des lieux au sein Villes-Santé juin 2017.(20p) Ce rapport est le résultat d'un travail de recherche s'appuyant principalement sur des enquêtes réalisée auprès des membres du Réseau Villes-Santé. L'objet est de répondre à un manque d'information sur l'organisation et missions des services santé des Villes et EPCI.

Accompagnement à l'entrée en vigueur de la surveillance de la Qualité de l'Air Intérieur dans les ERP recevant des enfants, retours d'expériences de Villes-Santé. Juin 2017 (60p)

Réduction des inégalités sociales de santé dès la petite-enfance - Recueil d'actions des Villes-Santé, juillet 2017

Alcool et Jeunes – Recueil d'actions des Villes-Santé, 2016

Modèles et enjeux de la collaboration intercommunale : Étude auprès des Villes-Santé, 2016.

Qualité de l'air et santé. Recueil d'actions des Villes-Santé, (34p), 2015

Enquête sur les Contrats Locaux de Santé, 2012

Prise en compte de la parentalité dans les politiques des villes du Réseau français des Villes-santé, 2012

Gouvernance et la mise en œuvre des soins de santé primaires : place et rôle des villes, 2011.

Autres : Actes des colloques, dossiers, chapitres, ….

Rencontre nationale des Villes-Santé de l'OMS :

- **Villes-Santé, qui s'engagent avec les habitant.e.s** sept 2017, Toulouse
- **Territoires et Santé, quels enjeux,** mai 2016. Aix-les-Bains
- **La Santé dans la Ville de Demain :** Construire ensemble une vision partagée sept 2015, Amiens
- **De la gouvernance à la mise en œuvre des soins de santé primaires.** sept 2013, Grenoble
- **Villes, Parentalité et Santé, un nouvel enjeu de transversalité,** oct 2012 Villeurbanne
- **Villes, Contrats Locaux de Santé et inégalités sociales de santé,** juin 2012, St-Quentin-en Yvelines
- **Villes, Habitat et Santé, pour une politique sanitaire et environnementale.** sept 2011, Nantes
- **Ville, Mobilités et Santé** mars 2010 Paris

Séminaire ESPT/RfVS **Politique locale de Santé : enjeux et dynamiques,** déc 2016. Rennes

Séminaire RfVS/Fing **Respire ta Ville,** déc 2015. Paris

Actes du colloque SFSP et RfVS, **Ville, Santé et Qualité de vie.** 2011 Paris Collection santé et société n°16

Déclaration d'Aix-les-Bains, 31 mai 2016 - Signée par 85 Villes-Santé, cette Déclaration permet de porter les valeurs du Réseau au niveau national, d'élaborer une vision prospective et des recommandations pour les années à venir, pour que la promotion de la santé reste au cœur des projets locaux.

Déclaration d'Athènes pour les Villes-Santé, octobre 2014 : renforcer le leadership urbain pour la santé, l'équité en santé et le bien-être pour tous. A ce jour, elle a été adoptée par 26 Villes-Santé du Réseau français.

Plaidoyer pour la santé, des outils utiles pour les nouveaux élus avril 2014 Présentations powerpoint/Vidéos/plaquettes ..

Urbanisme et aménagements favorables à la santé. Dossier coordonné par RfVS dans **« La santé en action »**, N°434 publié par Santé Publique France.2015

Les villes au cœur de la santé des habitants. Dossier des Villes-Santé publié dans **« La Santé de l'homme »** N°409 publié par INPES/ Santé Publique France 2015 2010

Pour contacter l'RfVS-OMS :

Par courrier : s/c EHESP (Dept SHS), 15 Av du Prof L Bernard, 35043 RENNES Cedex
Par téléphone : 02 99 02 26 06
Par mail : secretariat@villes-sante.com
Site web : www.villes-sante.com
Egalement sur Facebook & Twitter : VillesSanteOMS

SOMMAIRE

14 **OUVERTURE**
Laurent El Ghozi, Président d'Élus, santé publique & territoires et
Charlotte Marchandise, Présidente du Réseau français des Villes-Santé de l'OMS

18 **CONFÉRENCES INTRODUCTIVES**

19 **DÉPLOIEMENT ET ACCOMPAGNEMENT DES CLS D'ÎLE-DE-FRANCE**
Principaux enseignements issus des évaluations régionales
Laurent El Ghozi avec l'aimable autorisation de Chrystelle Berthon, Responsable de la cellule Contrats locaux de santé, ARS Ile-de-France

39 **TEMPS D'ÉCHANGE / QUESTIONS-RÉPONSES**

47 **DYNAMIQUES LOCALES : RECHERCHE ET COLLECTIVITÉS TERRITORIALES**
Thierry Lang, Directeur Institut Fédératif d'Études et de Recherche Interdisciplinaires Santé Société (IFERISS), Université de Toulouse

69 **TEMPS D'ÉCHANGE / QUESTIONS-RÉPONSES**

74 **CONTEXTE DES POLITIQUES PUBLIQUES :**
nouvelles lois,impacts sur les collectivités locales
Laurent Chambaud, Directeur de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP), Rennes

85 **TEMPS D'ÉCHANGE / QUESTIONS-RÉPONSES**

94 **ÉTAT DES LIEUX LOCAL :**
réalités des services de santé dans les collectivités
Premiers résultats de l'enquête auprès des membres de nos associations
Zoé Héritage, Directrice du Réseau français des Villes-Santé de l'OMS

106 **CONTRAT LOCAL DE SANTÉ :**
UN CADRE ADAPTABLE DE GOUVERNANCE LOCALE

108 **ACCOMPAGNER LA RÉFLEXION :**
le rôle des chercheurs dans la coopération avec une collectivité
Françoise Jabot, Professeur de santé publique, EHESP

117 **ÉVOLUTION EN TROIS GÉNÉRATIONS DE CLS DE 2009 À 2016**
Patrick Padovani, Adjoint au maire, Santé, Hygiène, Toxicomanie, Sida et Handicap, Ville de Marseille

124 **SPÉCIFICITÉS D'UN CLS À L'ÉCHELON INTERCOMMUNAL**
Michel Gipeaux, Vice-président et Maud Marchesiello, Animatrice du CLS, Pays de l'Autunois-Morvan

129 **CONTRIBUTION D'UN OBSERVATOIRE LOCAL :**
de l'analyse et de l'action
Henri Metzger, Conseiller municipal, Santé, Ville de Mulhouse

136 **INTÉGRATION DE MODIFICATIONS AUX CLS :**
comment négocier des avenants
Marie-Annick Benâtre, Adjointe au maire, Santé, précarité et grande pauvreté, Ville de Nantes

143 **VERS DES RECOMMANDATIONS…**
Débat avec l'auditoire pour des recommandations à destinations de l'État et des collectivités locales

176 **CLÔTURE**
Laurent El Ghozi

180 **BIBLIOGRAPHIE**

190 **SIGLES & ABRÉVIATIONS**

OUVERTURE

Charlotte Marchandise,
Présidente du Réseau français des Villes-Santé de l'OMS

Bonjour à tous. Bienvenue à Rennes. Je suis Charlotte Marchandise Franquet. Je suis adjointe à la Maire de Rennes, déléguée à la santé, et je suis également présidente du Réseau des Villes-Santé de l'OMS depuis 2014.

Tout d'abord, au nom de la Maire de Rennes, je vous souhaite la bienvenue. Elle est désolée de ne pas pouvoir être là mais elle tenait à dire tout son engagement en faveur des Villes-Santé. C'est à sa demande que Rennes s'est investie à nouveau fortement dans le réseau des Villes-Santé de l'OMS qui a été créé par Annette Sabouraud il y a 25 ans. Donc c'est une tradition à laquelle nous tenons et un engagement, tant en termes politiques qu'en termes de moyens. Les services de la Ville de Rennes ont pu déjà vous accueillir hier et seront là aussi aujourd'hui pour échanger.

Je suis très heureuse de vous accueillir aussi dans ce lieu, la Maison des associations, qui a été rénové récemment, qui nous permet d'avoir un lieu mixte, un lieu de vie culturelle, un lieu de vie associative, de vie sportive aussi. Il y a des salles de danse en bas. Je vous invite à y faire un tour, si vous voulez, dans la journée pour voir un peu toute l'animation qu'il y a. Il y a également un espace de coworking et un espace de pépinières associatives, puisque nous nous projetons aussi dans l'avenir. Nous projetons de faire sortir des innovations. Je pense que c'est un des sujets dont nous parlerons, puisque ce sont des journées sur nos contrats locaux de santé, sur nos politiques locales de santé aujourd'hui, mais aussi demain, comment allons-nous nous adapter aux enjeux du futur ?

Je suis très heureuse aussi d'ouvrir cette journée coorganisée avec l'association Élus, santé publique & territoires et la Ville de Rennes. À nos deux associations, nous avons 110 villes et intercommunalités. Nous représentons 15 millions d'habitants. C'est un vrai poids politique et c'est ainsi que nous nous rassemblons et nous portons ensemble un plaidoyer au niveau national qui permet de faire remonter toutes nos expériences de terrain, nos demandes et nous engager résolument pour la promotion de la santé. Je salue, à ce titre, les membres de la Coalition pour la promotion de la santé, 8 associations engagées pour promouvoir la santé dans son sens large, dans son sens global.

Nos échanges d'aujourd'hui vont aussi permettre d'écrire une lettre aux candidats à la présidentielle pour pouvoir les interpeller sur cette question : la santé à travers les déterminants, les moyens au local, comment allons-nous faire, quels sont vos projets, car les baisses de dotations

de l'État font que beaucoup de Villes nous disent qu'elles ont de plus en plus de mal à mener ces missions et de plus en plus de mal à donner des moyens dans les quartiers où pourtant nous savons que c'est nécessaire.

Je salue les membres des commissions santé de deux quartiers de Rennes : Villejean et Maurepas. Je salue les ambassadrices santé de la Ville de Lille, car là encore, aujourd'hui, nous avons voulu faire une journée pour les élus, pour les techniciens, mais aussi en partant de la parole des usagers. Merci aussi aux membres de la CRSA d'être là.

Nos réseaux ont des spécificités et nous avons des couleurs politiques extrêmement mélangées. C'est une force. Nous avons essayé d'organiser cette journée avec nos spécificités, des temps pléniers, parce que c'est la façon dont Élus, santé publique & territoires travaille, tout en y ajoutant une partie plus « ateliers » qui sera interactive.

Nous allons vous inviter à répondre à un quizz qui nous permettra d'animer cet après-midi. Pour ceux qui sont connectés avec des portables, des tablettes ou des mobiles, vous pourrez aller sur youslide.io. Eva Vidales, chargée de mission au Réseau, pourra vous faire une démonstration. Vos réponses tout au long de la journée nous permettront d'avoir un retour et de partir de vos expériences pour construire les recommandations cet après-midi. Si vraiment c'est compliqué sur vos dispositifs mobiles, il y a toujours des post-it.

Nous avons également réalisé une enquête sur les services municipaux de santé en octobre cette année qui sera présentée cet après-midi. C'est important de savoir ce que nous faisons, quelles sont les disparités et les inégalités territoriales, pour pouvoir agir et revendiquer.

Enfin, je voulais aussi vous dire que nous comptons vraiment sur vous pour aller sur des recommandations, pour nous nourrir de la partie théorique ce matin, et merci au Pr Lang d'être là, merci aussi aux membres de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique dont le directeur doit arriver, pour nourrir nos réflexions et les partager systématiquement avec tous nos partenaires des contrats locaux de santé, que ce soit les Agences Régionales de Santé, les associations, l'Éducation nationale et les hôpitaux. Comment faisons-nous une politique commune, comment faisons-nous en sorte de partager des objectifs, de faire alliance, car c'est dans l'intersectorialité, dans la transversalité, que nous pourrons avancer sur la santé.

De plus en plus, nous voyons qu'au-delà des contrats locaux de santé, ce qui va être intéressant est de créer cette interconnaissance, cette facilité de relations, le fait de pouvoir s'appeler et puis de pouvoir partager notre culture avec de plus en plus d'acteurs. Hier, nous avons pu rencontrer, avec le Conseil rennais de santé mentale, les bâtonniers et le Conseil de l'Ordre des médecins. C'était vraiment quelque chose de très nouveau et c'est parce que nous étions solides, parce que nous avions construit quelque chose ensemble avec les personnes en souffrance psychique, avec les associations, avec l'hôpital, que nous avons pu élargir. Là, nous sentons que nous commençons à avoir des actions vraiment efficientes et vraiment ancrées sur les territoires.

Toutes vos bonnes expériences, toutes vos bonnes idées sont à partager. C'est à partir de là que nous allons pouvoir créer des recommandations et être plus forts tous ensemble.

Je vous remercie et je passe la parole à Laurent El Ghozi, Président d'Élus, santé publique & territoires.

Laurent El Ghozi,
Président d'Élus, santé publique & territoires

Merci Charlotte. Tu disais dans ton propos « faire alliance ». Les villes d'Élus, santé publique & territoires et les villes du Réseau français des Villes-Santé OMS font alliance aujourd'hui et c'est bien, parce que, sur un certain nombre de points, nous sommes très convergents et nous essayons de plaider ensemble pour que la santé advienne au niveau local et que les villes, les communes et les intercommunalités se saisissent de ces questions et que de ce fait, cela rentre dans la loi. La loi de modernisation du système de santé dont nous allons parler tout à l'heure, sur laquelle nous allons essayer d'éclairer, d'apporter des éléments de connaissance, voire d'interprétation est une opportunité pour que, précisément, cela avance.

Un mot sur Élus santé publique & territoires. J'ai l'impression de répéter et comme je connais beaucoup d'entre vous, que nous nous sommes déjà croisés et recroisés, vous l'aurez déjà entendu. Nous l'avons créée il y a 11 ans, en novembre 2005, avec déjà comme objectif de développer des politiques locales de santé dans un cadre contractualisé avec l'État, aujourd'hui avec les ARS, pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Vous verrez que ces trois objectifs, ou ces trois termes de nos objectifs de 2005, sont enfin quasiment inscrits comme tels dans la loi de modernisation du système de santé, donc nous pouvons considérer que nous avons progressé, même si les choses ne sont pas toujours faciles.

Aujourd'hui, nous allons donc parler des contrats locaux de santé, mais

peut-être plus globalement, des politiques locales de santé, et commencer par essayer de comprendre ce que les différentes lois qui ont été votées dans l'année ou les deux années qui viennent de s'écouler modifient dans les opportunités, les possibilités, les pratiques et les alliances avec les professionnels, ce qu'ont fait les CLS, le groupement hospitalier de territoire, les plateformes territoriales d'appui, l'organisation territorialisée des professionnels du soin sur chaque territoire. Comment nous organisons tout cela, et puis quels impacts ont la loi de modernisation, la nouvelle loi sur les compétences de collectivités territoriales et la loi sur la politique de la Ville. Tout cela fait énormément de choses. Je ne suis pas sûr, en tout cas je ne suis pas capable aujourd'hui d'avoir une vision globale, mais nous allons essayer d'apporter des éléments de connaissance sur cette actualité législative extrêmement forte, pour voir comment, encore une fois, nous nous en saisissons.

Les collectivités locales sont de plus en plus sollicitées. La notion d'« inégalités sociales et territoriales » est une notion qui commence à être à peu près partagée par tous. La notion de déterminants, en particulier déterminants sociaux également, en tout cas manifestement cela entre dans la tête des gens, y compris au niveau de l'assurance maladie ou des différents niveaux de collectivités territoriales. Aujourd'hui, il faut véritablement que nous arrivions à en faire quelque chose. Pour autant, nous avons, au niveau des villes, assez peu de compétences, assez peu de connaissances et encore moins de moyens pour le faire. Véritablement, les expériences qui vont être présentées cet après-midi des uns et des autres essaieront de montrer à la fois ce qui est possible et les difficultés pour le faire.

Nous allons donc en discuter toute la journée. Pour cela, nous avons un outil informatique, interactif, que nous essayons ensemble pour la première fois, donc nous verrons commence cela fonctionne. N'hésitez pas à vous en servir le plus possible. Sinon, il y a la vieille méthode des post-it qui est plus rustique, mais qui peut aussi fonctionner.

Je m'arrête là sur les propos introductifs, en remerciant la Ville de Rennes et Charlotte de nous accueillir. Je trouve que nous sommes bien accueillis, c'est un bel endroit, que la rénovation de la ville de Rennes est quand même impressionnante, même si ce n'est pas encore fini. Quand on voit les travaux de la gare, du haut de son hôtel, on se dit qu'il faut encore un peu de temps pour que tout cela soit achevé, mais en tout cas, merci de nous accueillir. Je suis très heureux d'être ici.

CONFÉRENCES INTRODUCTIVES

DÉPLOIEMENT ET ACCOMPAGNEMENT DES CLS D'ÎLE-DE-FRANCE : principaux enseignements issus des évaluations régionales

Laurent El Ghozi *avec l'aimable autorisation de* **Chrystelle Berthon**,
Responsable de la cellule Contrats locaux de santé, ARS Ile-de-France

Je vais tout de suite embrayer sur la suite, puisque normalement, Chrystelle Berthon devait nous présenter les CLS en Ile-de-France, pour lesquels une grosse évaluation a été faite. Chrystelle Berthon qui est chargée du développement et de l'évaluation des contrats locaux de santé pour l'ARS Ile-de-France, devait venir mais malheureusement, elle est malade, donc je commence par lui souhaiter une meilleure santé. Elle a eu la gentillesse de nous envoyer l'ensemble des travaux qui sont faits sur ce sujet à l'ARS Ile-de-France, portés par le Comité de pilotage et le Comité d'évaluation auxquels j'appartiens en tant que membres de la CRSA d'Ile-de-France. Elle m'a donc autorisé à faire sa communication à sa place.

Je l'ai à peine modifiée. C'est à elle que vous devez l'ensemble de ces travaux et au Comité de pilotage mis en place par l'ARS, mais je pense que c'est intéressant de le présenter, évidemment, parce que c'est un gros travail fait par la Direction de la santé publique, dirigée par le Dr Luc Ginot à Paris.

En Ile-de-France, le développement des CLS a été initié extrêmement tôt, parce que Claude Evin, qui est donc l'ancien directeur général de l'ARS, était convaincu que le niveau territorial était indispensable si nous voulions que le programme régional de santé se mette véritablement en œuvre. Je veux citer quelques mots à la fois de Claude Evin et de Laurent Chambaud, qui était à l'époque directeur de la santé publique de l'ARS Ile-de-France, propos qu'ils ont tenus dans le dernier numéro de novembre 2016 de la revue « Préventique ». Claude ÉVIN dit : « *Agir sur les déterminants au niveau territorial avec tous les acteurs, dont les élus qui ont été fortement mobilisés, par exemple sur l'évaluation d'impact en santé de Plaine Commune* », grosse évaluation, enfin une des premières grosses évaluations d'impact sur la santé sur des projets massifs de transport, « *sans pour autant devoir leur transférer des charges indues et avec des actions ciblées au plus près des populations* ».

Nous avons donc tous les éléments qui nous intéressent : le niveau territorial, la participation à la mobilisation des élus, le risque de transfert de charges indues et le ciblage des actions au plus près des populations de manière à lutter efficacement contre les inégalités sociales et territoriales.

Puis, Laurent Chambaud, dans l'article suivant, disait : « *La loi aurait pu* ». Moi, j'aurais dit : « Aurait dû », « *La loi aurait pu aller plus loin sur les déterminants de la santé en reconnaissant le rôle des collectivités locales. Il faut que les citoyens soient impliqués et que les élus soient plus associés pour que la démocratie en santé fonctionne* ». Je pense donc que nous pouvons tous être d'accord avec ces propos et je pense qu'il est important de souligner que ce qui était partagé seulement par quelques-uns il y a 5 ou 10 ans, devient non pas la norme, mais avance à grands pas.

Nous avons rencontré avec Charlotte la semaine dernière un membre du Secrétariat général des ministères sociaux, éminent, auquel nous exposions nos positions, de manière extrêmement convergente, et il nous a quand même dit : « Vous savez, dans ce ministère, il doit y avoir une dizaine de personnes, pas plus, qui pensent comme nous ». C'est en gros ce qu'il nous a dit. Donc, il y a encore du travail et c'est aussi pour cela que nous sommes là.

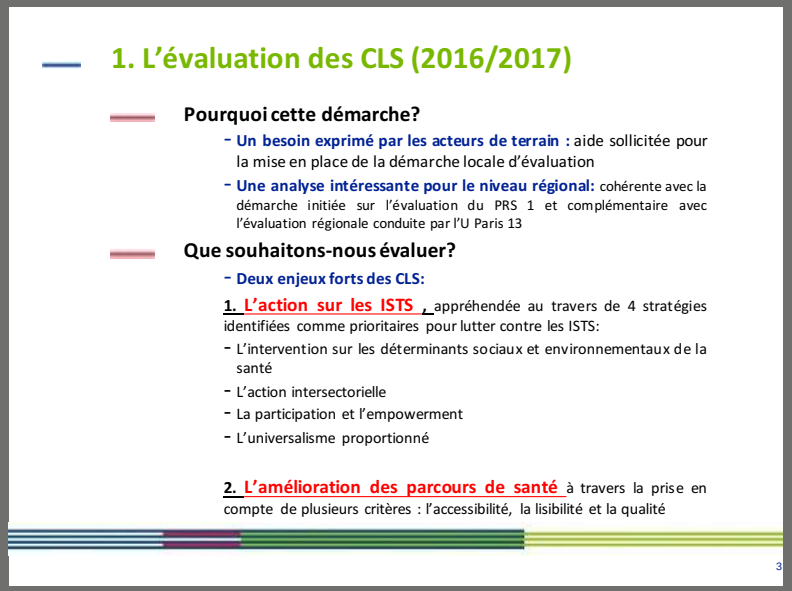
J'en viens à la présentation de Chrystelle qui, encore une fois, a été à peine modifiée.

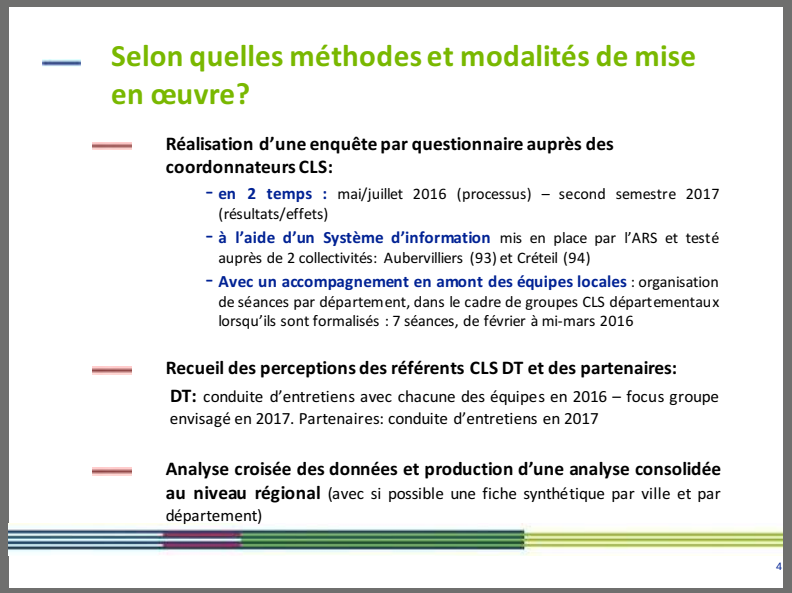
Le contexte et les principes…

Il y a eu, je vous le disais, un gros travail d'évaluation des CLS qui s'étend de 2016 à 2017, avec à la fois une demande des acteurs de terrain évidemment et une volonté de voir ce qui se passait au niveau régional entre le passage à la fin du PRS 1 vers le PRS 2, comment les CLS se sont engagés dans cette affaire-là. Il y a eu une évaluation complémentaire faite par l'université de Paris 13, avec deux enjeux majeurs sur lesquels l'évaluation devait porter : d'une part l'action sur les inégalités sociales et territoriales de santé avec la question de la transversalité, de la participation et de l'universalisme proportionné, c'est-à-dire avoir une politique qui s'applique à tout le monde, mais avec un engagement de moyens supplémentaires pour les populations qui en ont le plus besoin. Deuxièmement, la question de l'amélioration des parcours de santé.

Je vais vous faire cette présentation rapide. Vous l'aurez de toute façon dans les actes de la journée, mais c'est quand même la communication de Chrystelle.

Quelles méthodes ?





D'une part, une enquête par questionnaire auprès des coordinateurs en deux temps, et puis un système d'information, c'est-à-dire un outil qui permettait véritablement de renseigner les items de manière relativement facile, enfin un accompagnement par les délégations territoriales auprès des porteurs de contrats locaux de santé. D'autre part, le recueil de perceptions par des entretiens directs et des focus groupes. Enfin, un croisement de l'ensemble de ces analyses.

Le contexte francilien, pour ceux qui ne sont pas d'Ile-de-France et qui pensent que l'Ile-de-France est un pays riche au milieu d'une province pauvre : non, les inégalités sociales sont extrêmement marquées au sein de l'Ile-de-France. Vous avez quelques éléments : une espérance de vie pour les hommes qui varie de 10 ans et de 6 ans pour les femmes entre différentes communes, une offre de médecins généralistes qui va de 1 à 2, selon que nous sommes à La Courneuve, à Paris ou dans le 5e arrondissement de Paris.

La carte que vous avez là montre des taux standardisés de nouvelles admissions en ALD pour diabète chez les hommes. Vous voyez qu'il y a évidemment les territoires de la Seine-Saint-Denis, du nord des Hauts-de-Seine qui sont très marqués défavorablement, alors que l'ouest de l'Ile-de-France est au contraire beaucoup plus favorisé.

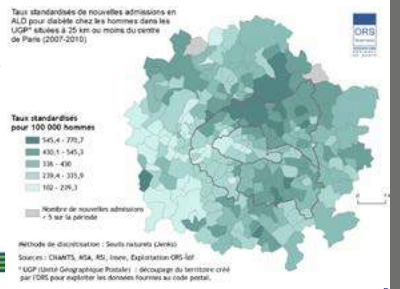
Voilà, de fortes inégalités sociales et territoriales évidemment corrélées. C'est dans ce cadre-là que l'Agence régionale de santé a voulu développer les contrats locaux de santé avec, encore une fois, comme priorité, la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, et puis la construction de parcours de santé adaptés aux populations avec les ressources qui ne sont évidemment pas les mêmes ici et là, la volonté d'améliorer l'efficience du système de santé. Quand on parle d'efficience, je suis toujours un peu inquiet, mais il s'agit d'une vraie volonté d'essayer de faire mieux avec les moyens que nous avons et non pas de réduire les moyens, de conduire une politique de santé avec l'ensemble des acteurs, d'où un développement important des CLS. Plus du tiers des CLS aujourd'hui signés sont en Ile-de-France, et toujours cette priorité de plus en plus marquée, y compris au niveau de l'allocation de moyens de réduction des inégalités.

Un contexte francilien spécifique…

- Des inégalités territoriales majeures de santé
- Reflet d'un double phénomène de projection territoriale des inégalités sociales, et d'effets territoriaux propres
- Aggravées par des inégalités majeures dans le système de soins

Espérances de vie par canton	Hommes, 2010		
Gonesse	75,5	St-Mandé	82,6
Nemours	75,6	Paris V	83,7
Stains	75,8	Velizy-Vil.	84,7
Espérances de vie par canton	**Femmes, 2010**		
La Courneuve	81,9	Chatou	87,6
Grigny	82,5	St-Nom-LB	88,1
Sarcelles	82,6	Velizy-Vil.	88,3

Commune	Densité MG secteur 1	Densité MK
La Courneuve	4,4	3,3
Grigny	4,8	2,6
Paris V	9,9	13,3



… qui conditionne le développement des CLS

- Inscrit dans le PRS 2012/2017:
  - Deux enjeux majeurs: réduire les **inégalités sociales et territoriales** de santé - répondre aux défis de l'explosion des **maladies chroniques et du vieillissement** de la population
  - Trois défis stratégiques: assurer à chaque francilien un **parcours de santé**, lisible, accessible et sécurisé –améliorer la **qualité et l'efficience du système** de santé – conduire une **politique de santé partagée avec tous les acteurs au plus près des territoires**
- Conduisant à un développement important des CLS dans la région
- Avec un renforcement progressif de la stratégie de réduction des ISTS (géographie prioritaire, réorientations méthodologiques des CLS 1 aux CLS 2)

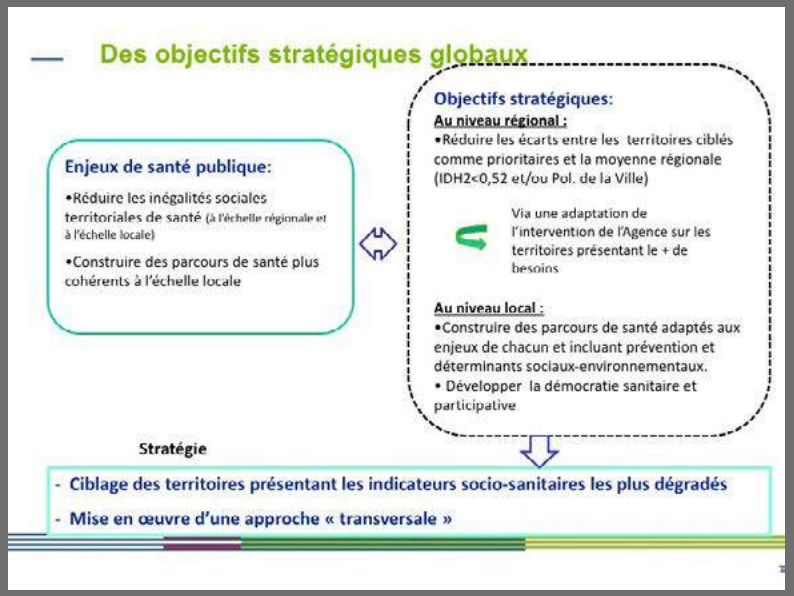
Je passe rapidement : réduire les inégalités, construire des parcours de santé, ce qui entraîne des objectifs stratégiques : réduire les écarts entre les territoires et construire des parcours de santé adaptés.

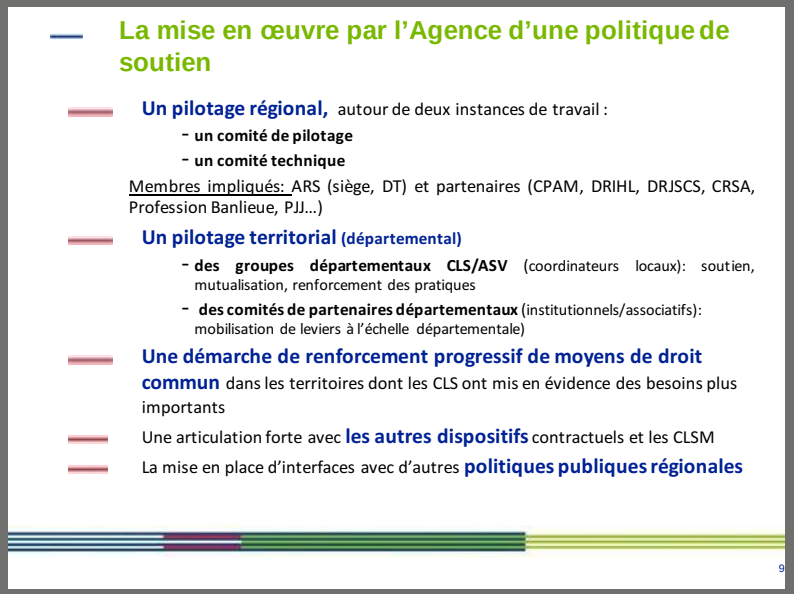
Nous voyons bien que chaque territoire doit le faire de manière différente. C'est pour cela que les questions que nous aborderons tout à l'heure de l'organisation des professionnels de santé sur les territoires sont extrêmement importantes et qu'en particulier, la maille qui va être choisie pour les plateformes territoriales d'appui, pour les communautés professionnelles territoriales de santé ou pour les équipes de soins de premier recours, à quelle échelle on fabrique cela, est extrêmement importante si nous voulons qu'il y ait véritablement une participation de tous les acteurs et de la population. Il faut que nous soyons à des niveaux de proximité suffisants pour que cela puisse se faire. Comme l'objectif était de travailler sur les inégalités sociales et territoriales, le premier travail a été de cibler les territoires qui présentaient le plus de fragilités.

Mise en œuvre d'une politique de soutien avec un pilotage : comité de pilotage, comité technique.

La CRSA participe à l'ensemble des deux instances. Quand je dis : « la CRSA », c'est à la fois la commission permanente, mais également parmi les membres de la CRSA, un collège des représentants des usagers de manière à ce que ce soit, encore une fois, aussi large que possible, et puis une association des autres administrations publiques qui agissent sur un certain nombre de déterminants de la santé. Je pense à la DRIHL (hébergement, logement), la DRJSCS, la PJJ. Vous voyez que dans la liste, il en manque un à l'évidence qui est l'Éducation nationale. En Ile-de-France comme ailleurs, la difficulté de mobiliser l'Éducation nationale de manière collaborative est malheureusement évidente.

C'est un pilotage régional, territorial évidemment au niveau du département avec un ciblage des moyens de droit commun sur les territoires identifiés comme les plus fragiles, donc avec la volonté d'avoir une politique de discrimination positive, comme le fait la politique de la Ville avec une ambition, pas toujours réussie, de mobiliser les autres administrations ou institutions qui ont un impact sur la santé.





Une attention spécifique à l'animation locale du projet CLS

Au sein du processus CLS, l'ARS soutient spécifiquement :

Une logique de connaissance et de diagnostic local:
51 diagnostics (46 réalisés et 5 en cours de réalisation)
- Un appui complémentaire sur le volet quantitatif des diagnostics

Une logique d'animation et de coordination locale:
44 postes de « coordinateur CLS » soutenus
- Une majorité de postes à **temps partiels** (plusieurs missions: ASV…)
- Rattachement : Direction santé, direction sociale, autre dir. adm., Hôpital
- Profils: santé publique (M2, médecin), Sciences Pol, géographie et aménagement du territoire. Confirmés et débutants.

Une logique d'articulation spécifique avec la coordination en santé mentale: 38 CLSM financés

10

Avons-nous atteint les territoires à fort besoin?

65 CLS signés, dont **58** communes et **7** intercommunalités, de sept départements (sauf Paris)

12 CLS en cours d'élaboration et **4** en phase de négociation

Population couverte par un CLS:
- **33%** de la population francilienne (hors Paris)
- **45%** de la population défavorisée (hors Paris)

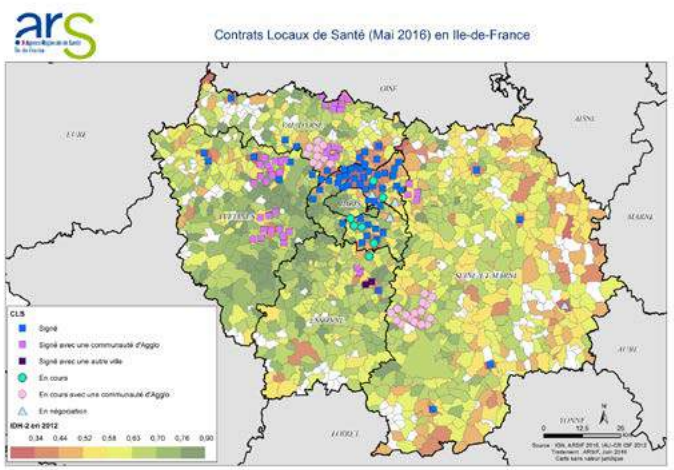
12

Nous commençons évidemment par une étape de connaissance : l'Agence a soutenu 51 diagnostics. Une logique d'animation et de coordination locale avec 44 postes de coordinateurs CLS soutenus. Cela veut dire qu'ils sont cofinancés. Cela ne veut pas dire qu'ils sont financés en totalité, ne rêvez pas, et cela veut dire aussi que bien souvent, ils sont financés par des crédits de la politique de la Ville, c'est-à-dire que ce sont les coordinatrices des ateliers santé Ville qui ont été « upgradées » en coordinatrices des CLS, mais pour autant, cela ne fait pas beaucoup plus de moyens d'animation au niveau des communes. Il n'empêche qu'il y a vraiment une volonté de soutenir, en particulier par des postes, et puis de développer également un autre volet des politiques locales qui sont les conseils locaux de santé mentale. Là, il y a effectivement des moyens qui ont été mis, puisque 38 CLSM ont obtenu un demi-poste de coordinatrice pris sur les budgets de l'hôpital.

Je le souligne, parce que c'est assez rare qu'il y ait véritablement cette volonté de fongibilité asymétrique où l'on prend de l'argent sur le soin pour le mettre sur la santé publique, l'animation et la prévention. En l'occurrence, pour ce qui est des coordinateurs de CLSM, l'Agence régionale de santé Ile-de-France l'a vraiment fait. Je pense qu'il faut avoir cela en tête, parce que c'est un exemple qui doit être, là encore, partagé, comme le bilan.

Bilan : 65 signés, 58 communes, 7 intercommunalités, 12 CLS en cours d'élaboration, donc nous allons être à 80 CLS. Je pense que cela représentera quasiment la moitié des CLS signés en France. Nous n'avons pas le chiffre définitif en France, peut-être que quelqu'un l'a dans la salle, mais grosso modo, nous ne devons pas être loin de 50 % des CLS qui sont signés en Ile-de-France. Cela couvre 33 % de la population francilienne, hors Paris, où il n'y a pas de CLS pour le moment. Normalement, il devrait y en avoir un dans le courant du premier semestre 2017. Donc, 33 % de la population francilienne et 45 % de la population des quartiers politiques de la Ville, ce qui montre que les CLS s'appliquent et sont présents en priorité sur les quartiers politiques de la Ville, donc que ce souci de réduire ou de lutter contre les inégalités territoriales de santé est en tout cas partiellement atteint. Cela montre que la volonté de le faire se concrétise.

Centrage sur des territoires prioritaires



13

Caractéristiques des CLS

Des contrats **signés**:

- À minima par : Collectivité, ARS, Préfecture du Département
- Mais également la possibilité d'associer d'autres partenaires signataires:

5 CPAM (77, 78, 91,93; **27 CLS co-signés par une CPAM**

1 Conseil départemental : CD de Seine-Saint-Denis

2 Etablissements de santé (Saint-Denis; Le Raincy-Montfermeil

Une évolution des **contenus**:

- des CLS « de préfiguration », des CLS axés sur l'existant avec + ou moins de thématiques
- des CLS « sanitaire » centrés
- vers des CLS « déterminants » inclus
- avec une logique de parcours renforcée

Une articulation forte avec la politique de la ville : **rôle pivot des ASV**

14

Ici, vous retrouvez la carte connue de l'Ile-de-France, pour ceux qui y ont jeté un œil, avec là encore le nord des Hauts-de-Seine et la Seine-Saint-Denis dont l'indice de développement humain est inférieur à la moyenne régionale. L'IDH2 moyen en Ile-de-France est à 0,52 et les CLS sont ciblés sur les territoires dont l'indice de développement humain est inférieur à la moyenne régionale. Cela recouvre quasiment la carte des ALD que je vous montrais tout à l'heure, alors que dans l'Ouest parisien, dans les Yvelines, il n'y en a quasiment pas. Vous me direz, il n'y en a pas non plus dans le 77 qui est cet énorme département qui fait la moitié de l'Ile-de-France. C'est pour d'autres raisons, de moindre mobilisation et probablement de moins grandes inégalités sociales et territoriales.

Sur ces contrats, qu'est-ce que l'on peut dire ? Ils sont tous évidemment au moins signés par les trois acteurs indispensables : la collectivité, l'ARS, la préfecture. Cela va de soi, c'est la loi, mais un certain nombre d'autres a associé d'autres acteurs. Vous voyez que 5 CPAM sur 7 ont signé, puisqu'il y a 8 départements en Ile-de-France, je sors Paris qui n'a pas encore de CLS, mais qui est en cours. Sur les 7 autres départements, 5 sont donc associés et 27 CLS ont été co-signés par une CPAM. 27 sur 65, ce n'est pas mal, mais c'est quand même inquiétant et insuffisant qu'autant de CLS (38 !) ne soient pas signés par les CPAM. Un seul conseil départemental s'est engagé dans les CLS. Là encore, quand on sait que les départements ont des compétences via la PMI, la prévention spécialisée, l'aide sociale à l'enfance, etc., je trouve cela très insuffisant, donc j'aimerais savoir comment cela se passe ailleurs, si c'est un reflet de la réalité nationale ou si c'est simplement francilien, et puis seulement deux hôpitaux Saint-Denis et Montfermeil se sont associés aux contrats locaux de santé.

Vous voyez qu'il y a à la fois une forte mobilisation de la part de l'ARS qui embraye sur une forte réponse de la part des collectivités locales, mais pour autant, le moins que l'on puisse dire est que les autres partenaires traînent les pieds. Encore une fois, 27 CLS signés par une CPAM, cela m'interroge, et un seul conseil départemental encore plus.

Sur les contenus, vous voyez que nous sommes passés de CLS de préfiguration qui étaient axés sur l'existant, qui était bien souvent la transformation, l'amélioration et l'extension des actions de l'Atelier Santé Ville dans le cadre du Contrat Urbain de Cohésion Sociale. Pour la plupart, nous sommes partis là-dessus avec un élargissement plus ou moins important, essentiellement centré sur le sanitaire. Puis, la deuxième génération, c'est cela que nous essaierons de présenter cet après-midi, s'intéresse beaucoup plus à la question des déterminants, des parcours et des inégalités, donc nous sommes bien dans une progression des CLS, y compris

en Ile-de-France. Le pivot reste tout de même l'Atelier Santé Ville, au moins au départ. C'est pour cela que sur les 68 CLS signés, je pense que les 4/5ème avaient un Atelier Santé Ville.

Sur l'évaluation toujours, avons-nous renforcé les moyens de droit commun ? C'est-à-dire est-ce que les moyens de droit commun ont été plus fléchés sur les villes et territoires qui avaient un CLS, donc qui présentaient des fragilités sociales et de santé, ou pas ? A priori, oui.

Les chiffres ne sont pas encore très clairs et sont difficiles à obtenir, y compris de la part de la Politique de la Ville, mais clairement, les crédits du FIR, donc les crédits de prévention/promotion de la santé portés par le Fonds d'Intervention Régional, ont été beaucoup plus ciblés sur les territoires dont l'IDH2 était inférieur à la moyenne régionale. Si nous le rapportons à la population, nous pouvons mettre en évidence un fléchage préférentiel en faveur de ces villes.

C'est encore probablement insuffisant. Est-ce qu'il faut aller plus loin ? Ce sont des questions qui se posent en Ile-de-France, comme partout ailleurs, mais ce sont vraiment des questions importantes : est-ce que le CLS finalement permet d'attirer des moyens supplémentaires au profit des populations les plus défavorisées, ou est-ce que ce n'est pas le cas ? Cette évaluation montre que oui, cela se met en place et que c'est probablement un effet levier, mais pas encore suffisant.

Cette diapositive montre ce que les CLS ont fait bouger dans les villes. Nous avons juste quelques éléments :

- l'organisation des acteurs, y compris au sein de la municipalité - mobiliser d'autres champs, d'autres secteurs, d'autres élus autour des questions de santé et d'inégalités ; la prise en compte des déterminants. Là, c'est l'idée de transversalité, de travailler avec d'autres administrations et d'autres institutions. Par exemple, dans le cadre d'une opération programmée d'amélioration de l'habitat, du développement urbain, de résorption de l'habitat insalubre. Bref, parce qu'il y avait un CLS, ces outils de politique publique se sont associés et ont travaillé sur la question des inégalités de santé dans le cadre du CLS.
- L'action sur les systèmes de soins, là nous verrons que la loi de modernisation du système de santé donne beaucoup plus de moyens, mais le partenariat avec les deux hôpitaux que j'ai évoqués tout à l'heure est quelque chose qui n'existait pas et qui est encore très insuffisant. Deux hôpitaux engagés sur 70 CLS, nous voyons bien qu'il y a encore de la marge. Mais en tout cas, il y a des choses qui

Avons-nous renforcé les moyens de droit commun ?

L'étude des crédits de prévention territorialisés (hors associations régionales)

- Forte progression des crédits « Prévention-Promotion de la Santé » par habitant en fonction de la strate d'IDH2 = corrélation entre classe de défaveur des villes et soutien de l'Agence
- Soutien plus important aux territoires en CLS, pour chacune des strates
- **Donc probablement un effet levier des CLS.**

15

Avons-nous engagé des processus de transformation ?

Type de transformat.	exemples	Traduction opérationnelle	Commentaires
Organisation des acteurs	Garges-les Gonesse, Nanterre.... Epinay/Sei	**Modification de l'organisation interne/décloisonnement des services municipaux** **Implication de nouveaux partenaires: médico-social; renouvelle urbain/ habitat...**	Organisation interne aux collectivités Organisation externe
Prise en compte des déterminants	Montreuil (93) CLS 95	**Axe « Agir contre l'habitat toxique et indigne »:** Saturnisme infantile/conséquences sanitaires liées à l'HI/ Stratégies globales et concertées et implication du SCHS dans (PNRQAD, OPAH, dvpt urbain) **Coopérations Collectivités/DT sur la LHI:** conventions	Organisation décloisonnée– articulation +++ avec CLSM, agenda 21, et champ de l'urbain
Structuration du système de soins	Bondy (93) Asnières (92)	**Axe « Accès aux soins et aux droits »:** Conforter l'activité du CMS + partenariat avec les professionnels de santé (H. J. Verdier et libéraux) **Développer les collaborations interprofessionnelles avec le pôle cancérologie de l'hôpital Louis Mourier** : amélioration des modalités de PEC conjointes – information/formation des professionnels de santé du CMS - mise en réseau des professionnels du territoire	Renforcement de l'offre; améliorer la continuité et qualité du parcours
Diagnostics	Gentilly (94)	**Réalisation d'un diagnostic local de santé avec prise en compte +++ des déterminants sociaux de la santé**	Appropriation de l'approche ISTS

16

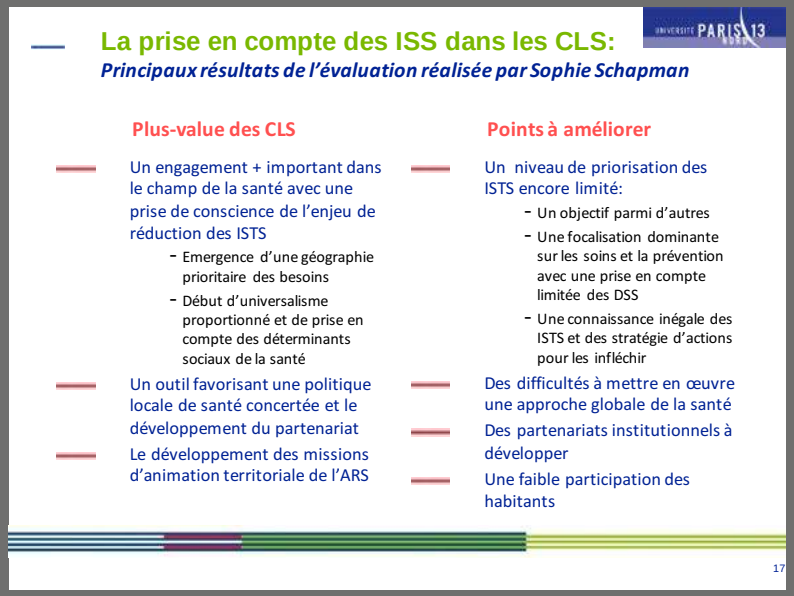
se passent : ainsi, à l'hôpital Louis-Mourier de Colombes, le pôle cancérologie s'est engagé pour essayer de mettre en place des prises en charge conjointes entre l'hôpital et le libéral. Cela peut paraître évident, sauf que ce qui est intéressant, c'est que c'est le travail sur le CLS qui a permis que ces rencontres se fassent et que des complémentarités se mettent en place.

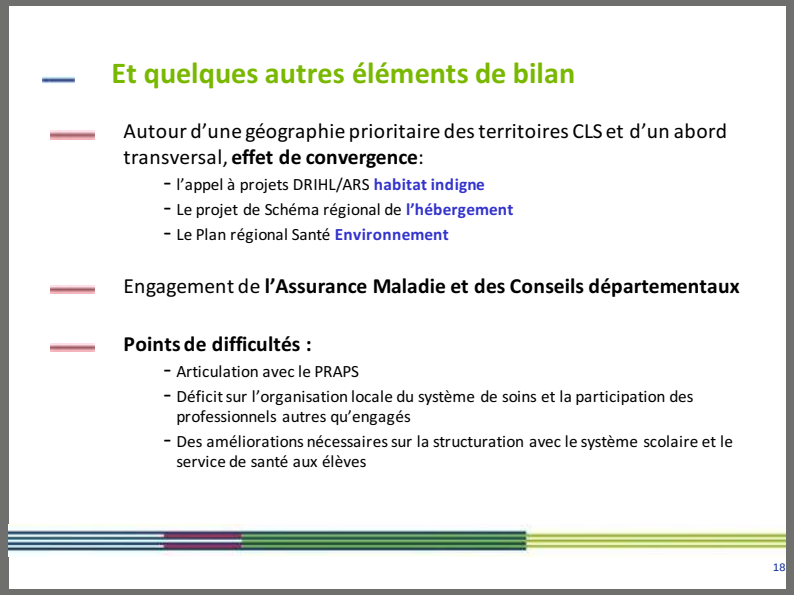
- La prise en compte des inégalités, puisque c'est quand même l'objectif majeur. Un travail a été réalisé par Sophie CHAPMAN, sous la responsabilité de Pierre LOMBRAIL, qui montre un certain nombre de choses inégales.

Nous voyons bien que c'est en travail, avec des éléments positifs : la prise en compte des déterminants, le développement d'une politique concertée qui n'existait évidemment pas ailleurs, en tout cas pas dans la majorité des villes, l'animation territoriale de la DTARS qui est compliquée là encore et inégale. Cela, ce sont les éléments positifs qui ont été rendus possibles par le travail sur le CLS. Et puis en même temps, beaucoup de choses encore à faire, en particulier la priorité sur les inégalités sociales et territoriales. Ce n'est pas encore entendu par tout le monde et c'est même quelquefois difficile à faire entendre aux maires ou aux élus, également au niveau des professionnels, qui priorisent une focalisation plus sur le soin que sur les déterminants. Tout cela, nous le savons.

La question de la transversalité entre les services, les administrations, les institutions, les professionnels, tout cela reste encore à développer, et puis la question de la participation des professionnels et des habitants. Nous en parlons tous. Nous rêvons tous d'une démocratie en santé, donc je suis heureux qu'ici, nous ayons pu inviter des Ambassadrices de la santé ou des partenaires de la santé de la Ville de Rennes, mais nous voyons bien que ce n'est pas encre la règle partout.

- Autres éléments de bilan : la convergence avec un certain nombre d'autres politiques, l'habitat indigne, l'hébergement, l'environnement, se met en place. Le Plan national santé environnement 3 qui se décline au niveau des régions en PRSE 3, qui doit se décliner au niveau des territoires, des villes, des communes en Programme local santé environnement 3, lequel doit être, ou peut être, un des volets du CLS. Comment ces plans locaux santé environnement vont prendre en considération la question des inégalités et des déterminants ? Voilà encore un enjeu qui reste à envisager, mais nous voyons bien que c'est un outil qui permet de le faire.





L'engagement de l'Assurance Maladie et des Conseils départementaux, je vous ai dit que oui, cela marchait un peu, et que non, c'était loin d'être acquis. Moi, je ne l'aurais pas mis dans les éléments positifs, mais je laisse à Chrystelle la responsabilité de l'écrire.

Et puis des points de difficulté, le PRAPS (Programme Régional d'Accès à la Prévention aux Soins) dont nous voyons bien qu'à l'évidence, il devrait être articulé avec les CLS si les CLS ont comme ambition de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Ce n'est pas le cas, en tout cas pas en Ile-de-France ou de manière très insuffisante.

Le système de soins, encore une fois, je n'y reviens pas, mais nous verrons avec la loi. Et puis la santé scolaire, comme toujours, considère qu'elle fait bien et qu'elle n'a pas besoin de travailler avec les autres. Je ne sais pas s'il y a des membres de la santé scolaire dans cette salle, il y en a vraisemblablement, mais malheureusement, c'est un constat que nous faisons pratiquement partout. Évidemment, ceux qui sont là pensent autrement et ils ont raison. Ils se battent probablement pour que cela change. Ce n'est que l'évaluation de l'Ile-de-France et en aucun cas le modèle de ce qu'il faut faire. Je le dis de manière très claire. Merci à l'Éducation nationale du Pays rennais et au Conseil départemental d'être présents et surtout d'avoir signé le CLS, d'être partenaires de ce nouvel outil.

Les nouveaux enjeux, je vais passer très vite, puisque c'est la question des lois en cours.

Nous allons en parler toute la matinée : qu'est-ce que cela change ? Qu'est-ce que cela donne comme moyens nouveaux ? Comment nous articulons toutes ces modifications législatives et responsabilités nouvelles ou pas des professionnels, des hôpitaux, des différents niveaux de collectivités territoriales ?

Les enjeux portés par la loi de Modernisation de notre système de santé

- Loi promulguée le 21 janvier 2016
- Insistant sur la réduction des ISS
- Plusieurs axes impactent les CLS:
  - Priorité à la prévention
  - Territorialisation des politiques plus affirmée
  - Mise en œuvre de parcours de santé
  - Soutien à l' innovation
  - Renforcement de la démocratie en santé
  - Renforcement du rôle et organisation des professionnels de santé
- De nouveaux outils et dispositifs apparaissent:
  - Contrats territoriaux de santé
  - Equipes de soins primaires (ESP)/Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) / Plate formes territoriale d'appui
- Projet territorial de santé
- Rôle réaffirmé des CLS

20

Quelles interfaces avec les CLS ?

- Encore en construction, mais…
- Complémentarité de certains dispositifs:
  - Les CTS organisent le système de SOINS, à partir des besoins identifiés par les professionnels notamment en matière de coordination; échelle plus vaste
  - Les CLS abordent le système de SANTE à l'échelle locale, mais aussi prévention, déterminants, autres politiques publiques
- De nouvelles modalités d'organisation des soins primaires: ESP, CPTS, PTA
- Possibilité ouverte de **Conseils** Locaux de santé

Au total:

- Un possible enrichissement des logiques partenariales
- Nécessite d'envisager les articulations, et d'éviter les redondances
- Importance de « porter » les éléments des diagnostics CLS dans les autres processus territoriaux
- Des points nodaux importants: la prise en charge des personnes en difficultés sociales

21

Les enjeux portés par la Loi Politique de la Ville et la loi Notre

- **Principes:**
- Compétence Pol Ville portée à l'interco, avec nouveau découpage et intervention de la MGP
- Mais maintien de l'association des Maires
- Affirmation (loi, convention interministérielle) de la nécessité impérieuse de renforcer les politiques de droit commun sur les quartiers prioritaires
- **Impacts:**
- Développer et approfondir l'articulation entre volet santé du CV et CLS
- Prévoir dans CLS approfondissement des actions dans QPV, et lien avec ASV
- En attente d'indicateurs spécifiques « volet santé des CV »
- Principes de contractualisation:
  - Maintien de la « compétence » santé des maires (même si non obligatoire) -> maintien des CLS existants à l'échelle communale
  - Si interco souhaite signer CLS et « éligible »: signature possible
  - Lorsqu'évolution des périmètres d'interco déjà signataires: approche pragmatique entre les partenaires

22

A l'issue du bilan, quelques enjeux spécifiques à l'IdF

Mettre en œuvre les recommandations de l'évaluation Paris XIII

Une approche plus systématique par **les déterminants**

Une approche plus systématique du **parcours local de santé**

Pour cela, deux questions majeures:

- La **participation des habitants**, au-delà du diagnostic
- La **participation des professionnels**, notamment libéraux

Et une condition: le **renforcement du pilotage local**

- Par la confortation du coordinateur CLS (de ses responsabilités pour le compte de l'ensemble des signataires, de ses compétences)
- Par la confortation ou la mise en place d'un pilotage de projet local
- Par la mise en place d'un suivi évaluatif régulier

- ***Par l'engagement renforcé des élus locaux***

23

De même, avec la loi politique de la Ville :

Je reste sur quelques enjeux dont Chrystelle dit qu'ils sont spécifiques à l'Ile-de-France mais je pense que c'est valable à peu près partout.

Une approche plus systématique sur les déterminants et du parcours local, la participation des habitants et des professionnels, je pense que nous sommes à peu près tous d'accord pour faire ce constat, et la nécessité du renforcement du pilotage local. En Ile-de-France, je vous l'ai dit, il y a un pilotage régional qui est fort, un COPIL, un comité technique. Il y a un pilotage par les délégations territoriales qui est assez soutenu. Par contre, au niveau local, il faut qu'il y ait une vraie volonté et un vrai soutien politiques. Il faut avant tout un engagement renforcé des élus locaux.

Quelques perspectives, c'est encore une fois ce que l'ARS Ile-de-France propose aux collectivités locales et à l'ensemble des acteurs pour développer les CLS, un référentiel méthodologique qui est bien fait. Je l'ai là, je peux le montrer à ceux que cela intéresse, en tout cas il est accessible sur le site de l'ARS. L'évaluation continue sur toute l'année 2017, donc nous en saurons plus à la fin de l'année. Cela permet en tout cas de mieux comprendre ce qui se passe et les manques, et d'essayer de les corriger, grâce aussi à une newsletter « CLS Ile-de-France » qui devrait être mise en place rapidement.

Dans le cadre de l'élaboration du PRS 2, nous sommes en cours d'évaluation partout en France du PRS 1 et de début de construction du PRS 2 avec les évolutions qui sont inscrites dans la loi.

On allège, mais en même temps, la question de la démocratie en santé des territoires prioritaires, des besoins territoriaux et de l'articulation avec les autres politiques publiques restent absolument des éléments majeurs sur lesquels, en tout cas en Ile-de-France, je considère que l'on ne travaille pas suffisamment. Le CLS, dans tous les cas, c'est ce qui est inscrit dans la loi, c'est comme cela que je la lis, reste l'élément structurant au niveau local de l'ensemble des politiques qui contribuent à la santé.

Voilà ce que Chrystelle avait prévu de vous dire, que j'ai essayé de rapporter aussi fidèlement et évidemment avec mes commentaires et mes interprétations, c'est inévitable. Merci à elle. Merci à vous. Donc, ouvrons un temps d'échange, si vous le voulez bien.

Merci.

Les outils

- Un référentiel méthodologique
  - À la disposition des équipes
  - Fournit des outils en « kit »
  - Progressivement enrichi (évolutif)
- Des outils d'évaluation (une démarche en cours)
  - Fonde le partage d'expériences
  - Permet la valorisation du dispositif
  - Permet l'intégration dans la logique PRS
  - Obligatoire
- Un bulletin de liaison « CLS »
  - Mis en place prochainement
  - A vocation à « relier » l'ensemble des équipes
- Les réunions et rencontres départementales organisées par les Délégations départementales

25

Les perspectives: la mise en œuvre du PRS 2

- Aprés évaluation du PRS 1 (échéance déc 2016)
- Les acteurs des CLS sont « appelés » à contribuer à plusieurs titre sur:
  - la géographie des besoins prioritaires ,
  - l'expression des habitants sur les besoins ,
  - le lien entre définition des priorités régionales et définition des besoins territoriaux
  - l'articulation avec les autres politiques publiques régionales
- Lancement deuxième semestre 2016, publication 31 déc 2017
- Dès aujourd'hui, **les CLS comme réseau structurant des acteurs de la santé** francilienne…

MERCI de votre ATTENTION et MERCI à CHRYSTELLE pour sa CONTRIBUTION

26

TEMPS D'ÉCHANGE QUESTIONS-RÉPONSES

Vincent Lepage,
Cadre de santé au Centre Hospitalier de psychiatrie Guillaume Régnier (CHGR) et membre du Conseil rennais de santé mentale

Le bilan qui est fait est intéressant, parce que j'ai retrouvé à la fois dans les points positifs et négatifs, des conclusions identiques par rapport à ce que nous pouvons vivre sur Rennes, même si je pense qu'à Rennes, nous avons la chance d'avoir un Conseil rennais extrêmement bien structuré qui est déjà assez ancien, qui s'était appuyé à l'époque aussi sur la semaine d'information de santé mentale qui elle-même était à l'époque historiquement bien structurée. C'est vrai que cela a donné des fondations fortes à ce Conseil Local de Santé Mentale.

Je trouve qu'un des intérêts tout de même majeurs des conseils locaux, je vais plagier la journée santé mentale France qui a eu lieu à Rennes en septembre, est d'être une petite fabrique de liens et nous voyons bien qu'un des freins majeurs à la construction et à la mise en place de dispositifs est le manque d'interconnaissance des différents professionnels, que ce soit les professionnels libéraux ou les institutions. Nous nous rendons compte que c'est souvent parce que nous ne nous connaissons pas que nous n'arrivons pas à travailler ensemble et que l'intérêt des conseils locaux est d'abord celui-ci, de permettre cette interconnaissance et du coup, ensuite, de pouvoir mettre en place des dispositifs.

J'ai la chance de couvrir le secteur Nord de Rennes qui a deux pôles santé labellisés ARS, qui sont les deux seuls pôles santé rennais, c'est-à-dire sur le quartier de Villejean et de Maurepas. Les professionnels libéraux se sont structurés en association, ce qui facilite aussi évidemment le partenariat et la mise en place d'actions, coordonnée évidemment par les commissions santé et le CLS. Sur le quartier de Maurepas, pour donner un exemple concret, nous travaillons avec l'ARS pour mettre en place un programme d'éducation thérapeutique hors les murs, donc au cœur de la cité, qui regroupe à la fois la psychiatrie publique, une clinique privée, des associations et la Ville de Rennes. Les conseils locaux ont permis ce type de travail.

Voilà une réaction pratico-pratique à chaud.

Anne-Françoise Courteille,

Vice-présidente du Conseil départemental d'Ille et Vilaine, en charge des solidarités personnes âgées/personnes en situation de handicap

J'ai envie de réagir forcément à votre interrogation sur l'implication des départements, pour indiquer que concernant le département d'Ille-et-Vilaine, c'est un peu plus de 1 million d'habitants. Il y a actuellement trois contrats locaux de santé qui sont déjà en cours avec celui de Rennes qui est en évaluation. Nous avons aussi Fougères et Redon. Nous sommes signataires de tous les contrats locaux de santé. Il y a un quatrième CLS qui se profile sur le Pays de Brocéliande où nous sommes aussi très partie prenante. Il faut savoir que le département d'Ille-et-Vilaine est organisé en ce que l'on appelle Agences départementales qui sont calquées, en gros, sur les Pays, ce qui fait qu'il y a un découpage territorial assez fort, enfin pertinent et qui peut mobiliser, je crois, le Département via ces Agences départementales, qui est très impliqué sur ces questions-là, en tout cas qui accompagne ce nouveau territoire qui doit aller vers ce contrat.

Comme il se trouve que je suis élue sur un des cantons de ce Pays de Brocéliande, je peux tout de même en parler un peu. Ce que j'ai envie de dire, parce que nous avons bien vu dans votre présentation que les collectivités locales sont obligatoirement signataires et qu'autant nous, nous savons à peu près de quoi nous parlons, autant cela peut être compliqué pour les élus. Je vois comme raisonnement sur mon territoire que les élus ont surtout envie que l'on règle leurs problèmes. Je me tourne vers Mme Le Formal, Directrice départementale ARS, qui connaît aussi ce sujet. Les élus veulent surtout lutter contre la désertification médicale. Les CLS sont une grosse machine ou un gros « machin » dont ils ont peur qu'on les sollicite trop par rapport à des compétences qu'ils n'ont pas.

Je vous assure qu'en ce moment, il faut lutter auprès de ces collègues locaux pour qu'ils adhèrent, puisqu'ils doivent être signataires et ce n'est pas forcément évident de les convaincre. Là, j'ai envie de le dire comme cela, parce que les élus locaux ne sont pas directement impliqués dans les questions de santé, sauf quand leurs administrés viennent les voir en disant : « On n'a pas de médecin. Qu'est-ce que c'est que ce bazar ? On ne peut pas être soignés ». En dehors de cela, c'est tout de même un peu compliqué.

Ce que je voulais dire aussi… Pourquoi ce département est très concerné ? Vous avez parlé de fabrique de liens. Moi, je dis décloisonnement. Nous sommes un peu sur les mêmes schémas et vous l'avez évoqué aussi, sur le sanitaire, le médico-social et le social pour ce qui concerne les compétences du Département. Vous en avez bien cité un certain nombre. J'ajoute quand même les personnes âgées et personnes en situation de handicap avec notamment le médico-social, grands enjeux, donc je ne comprendrais pas qu'aujourd'hui, les Départements ne soient pas convaincus d'une démarche comme celle de l'adhésion à un contrat local de santé.

Voilà ce que je voulais vous dire comme témoignage à chaud.

Laurent El Ghozi

Merci de ce témoignage. Nous voyons bien que les choses sont différentes dans les régions hyper denses et dans les régions moins denses ou plus rurales. Pour être intervenu dans 10-15 régions en France auprès d'élus locaux pour essayer de leur expliquer tout ce que les CLS pouvaient apporter de positif, je vois bien que leur première question est l'offre de soins. Sauf que sur l'offre de soins, les élus en dehors de construire une bicoque et de dire aux médecins : « Venez là, ce sera magnifique », ils n'ont aucun moyen, alors que lorsqu'on leur explique combien ils ont d'outils dans leurs mains pour contribuer à la santé, la majorité des élus comprennent et sont capables de faire entendre à leur population que oui, il y a peut-être moins de médecins, que si on va faire une maison de santé pluri professionnelle dans le gros bourg d'à côté, il n'y en aura peut-être plus dans leur village, mais que si nous travaillons sur les questions de déterminants, de transport, de logement, d'habitat, de restauration scolaire, nous contribuons aussi à la santé de leurs enfants, parce que c'est aussi comme cela que les gens l'entendent. Il me semble que c'est compréhensible pour eux. En tout cas, c'est le plaidoyer que nous faisons.

Que votre département soit très impliqué, je trouve cela très bien et nous voyons bien encore une fois que dans les départements plus ruraux, c'est souvent le Conseil départemental qui porte ces politiques. N'empêche que les deux signataires essentiels du CLS sont le maire et le directeur régional de l'ARS.

Par rapport à votre intervention sur le manque de liens et la nécessité de se connaître, il faut d'abord se rencontrer. Incontestablement, le CLS est un endroit qui permet de se rencontrer. De même que vous avez évoqué la question de la santé mentale : le CLSM est le premier endroit où les élus, les psychiatres et les usagers de la psychiatrie peuvent se rencontrer sans véritable enjeu de pouvoir, sans supériorité de l'un par rapport à l'autre, donc travailler ensemble. Je crois que nous ne faisons pas de santé publique, nous ne réduisons pas les inégalités, si nous ne commençons pas par nous rencontrer et par accepter de se parler et de travailler ensemble.

Henri Metzger,

Conseiller municipal délégué Santé, Ville de Mulhouse

Je voulais faire une remarque sur cette présentation qui est tout à fait intéressante, mais je trouve qu'elle se situe un peu trop du côté de l'ARS. Je m'explique. Je suis élu municipal. Dans le rapport avec les ARS, notre ARS en tout cas, nous avons du mal à ce que le contrat local de santé leur apparaisse comme quelque chose de complètement transversal, c'est-à-dire que nous avons toujours l'impression qu'ils ont du mal à ne pas intervenir dans l'un ou l'autre domaine directement, sans passer par le CLS, soit même sans en parler ; ce qui fait que les acteurs, en particulier hospitaliers ou de médecine libérale, ont du mal à se dire que le CLS peut être le lieu où ils peuvent réellement inaugurer des choses nouvelles. C'est une première chose.

Par rapport au Conseil départemental qui est chez nous signataire, là aussi, nous avons un peu du mal à ce qu'il rentre dans la dynamique. Je prends un exemple : ils ont supprimé leur soutien du jour au lendemain au Groupe d'Entraide Mutuelle, sans en parler avec quiconque auparavant. Maintenant, les choses ont été remises sur le tapis.

Ma première remarque était quand même importante. Je trouve que les ARS ont encore vraiment à percevoir que c'est une relation qui doit être transversale, le plus égalitaire possible.

Nathalie Le Formal,

ARS de Bretagne, Directrice Délégation départementale d'Ille et Vilaine

Bonjour. Désolée, c'est l'ARS qui prend la parole, malgré l'intervention de Monsieur. Je voulais saisir l'occasion, vous êtes en Bretagne, pour vous dire quelques mots sur la manière dont nous avançons sur le déploiement des contrats locaux de santé dans notre région.

Je constate que malgré une géographie différente de celle de l'Ile-de-France, nous nous retrouvons tout de même sur beaucoup de constats qui sont faits. En Bretagne, il y a 13 CLS qui ont été signés entre novembre 2011 et octobre 2016, 3 en cours de finalisation, dont effectivement celui du Pays de Brocéliande, et un en projet. Trois CLS arrivés à échéance ont été évalués, dont celui signé avec la Ville de Rennes et les 12 autres partenaires signataires. Deux ont été évalués en lien avec l'Ecole des Hautes Études en Santé Publique (EHESP).

Nous avons eu au départ une approche extrêmement souple. Je crois que c'était l'esprit de la loi. Nous n'avons pas du tout été enfermant et l'ARS avait posé trois principes : raisonner à partir de territoires suffisants, plutôt intercommunaux, afin d'avoir un effet de taille quand même visible. Comme, en Bretagne, la structuration de pays est très forte, c'est beaucoup à partir des Pays que se sont déployés les contrats locaux de santé.

Laurent El Ghozi

Combien d'habitants ?

Nathalie Le Formal

Sur les Pays, on va être souvent autour de 60-80 000 habitants. C'est une moyenne, mais c'est à peu près cela.

Nous avions aussi caractérisé les Pays bretons en fonction d'indicateurs de santé et socio-sanitaires pour prioriser les territoires avec lesquels nous devions nous mobiliser pour accompagner les CLS. Et puis nous avions affiché l'ambition du décloisonnement, c'est-à-dire aborder la santé dans sa transversalité. Force est de constater qu'effectivement, il y a une vitalité bretonne et les territoires se sont saisis de cet outil CLS dont sept ont été signés avec des Pays, trois avec des intercommunalités d'agglomération, un CLS avec la Ville de Rennes, mais nous sommes sur un socle de population qui le justifiait tout à fait, et deux contrats avec des îles, puisque c'est notre petite particularité.

Dans les constats que nous pouvons faire, sur ces cinq années de contrats locaux de santé, ce qui nous a marqué est le portage politique fort et l'implication des élus sur ces contrats locaux de santé. C'est un outil qui est plébiscité, qui a permis la consolidation des partenariats, la mobilisation des acteurs, l'interconnaissance, mais nous avons effectivement besoin d'aller plus loin dans la participation de la population. Nous faisons le constat que les CLS sont allés sur ce spectre assez large d'intervention dans les différents champs de la santé. C'est important de préciser, si je prends l'exemple du CLS de la Ville de Rennes, que l'URPS fait partie des signataires de ces CLS, l'Union Régionale des Professions de Santé, donc les acteurs libéraux.

Autre constat, le CLS est un outil qui a favorisé le décloisonnement et une meilleure articulation des politiques publiques sur les territoires.

C'est un élément qui nous semble important également, qui a contribué à poser la question de la réduction des inégalités sociales de santé et des déterminants de la santé. Nous avons beaucoup utilisé cette phrase qui donne à voir combien la santé n'est pas que l'affaire de systèmes de santé. 80 % de ce qui fait la santé de la population est en dehors du système de santé. Je pense que c'est la phrase qui permet de poser le sujet et la question des déterminants de la santé dans leur diversité.

Aujourd'hui, les pistes qui se dessinent pour aborder la nouvelle génération de CLS rejoignent assez largement ce qui a été dit : un enjeu de meilleure structuration de la vie du contrat, de son suivi, de sa visibilité et de sa communication. C'est vrai qu'une fois le contrat signé, nous sommes peut-être un peu moins collectivement mobilisés pour le faire vivre, donc c'est quelque chose qui est important, en faire un véritable outil de promotion de la santé et de lutte contre les inégalités sociales de santé : là, concrètement, entrer dans chacun des principes des politiques de promotion de la santé et de lutte contre les inégalités sociales de santé, participation de la population, les politiques intersectorielles. L'espace important que nous devons investir est le développement d'actions universelles et proportionnées qui rendent visible et qui prennent en compte le gradient social. Là, je crois que nous avons de gros sujets devant nous, et puis l'action précoce.

Nous aurons à redire clairement que les CLS ne sont pas un outil de planification.

Enfin, nous avons travaillé sur un outil pour faire des diagnostics territoriaux en santé environnementale pour pouvoir faire bouger aussi les lignes sur ces questions-là et favoriser la mobilisation des acteurs.

Laurent El Ghozi

Une dernière question ? Montreuil.

Riva Gherchanoc,
Maire adjointe à la santé, droit des femmes à la Ville de Montreuil

Pour être très brève : s'il faut convaincre vos élus, effectivement, la phrase de conclusion sur le fait que les CLS sont un réseau structurant des acteurs de la santé, c'est tout de même la phrase incontournable. Parce que élu local, seul, pour mener de front des politiques publiques de santé, sans les partenaires, vous ne pouvez pas y arriver, et sans un maillage territorial avec les structures hospitalières ou autres que vous pouvez avoir sur votre territoire.

Effectivement, si, pour les élus locaux, la porte d'entrée, ce sont les questions d'offre de soins, aujourd'hui, quels que soient les territoires – que ce soit en Seine-Saint-Denis ou dans des territoires ruraux –, la question de renoncement aux soins ou de précarité énergétique ou de politique vaccinale, si ce sont des choses qui parlent à vos élus, il faut commencer par ce genre de choses. Après, vous développez au fur et à mesure pour effectivement démontrer toute l'utilité avec les partenaires de travailler en transversalité sur les politiques de logement, d'environnement, d'urbanisme ou autre.

Je crois qu'il faut y aller étape par étape, profiter de portes d'entrée qui parlent et rien que sur ces questions-là, il y a de quoi faire. Après, c'est vrai que nous allons faire à Montreuil le bilan du deuxième CLS en janvier, pour aborder très certainement le troisième. Je me permettrai quand même, pour une fois, de ne pas être frondeuse face à l'ARS, par rapport à toi, Henri : il y a indéniablement aujourd'hui la continuité ou une certaine pérennité des financements pour pouvoir continuer les politiques publiques en santé. Il n'y a pas que l'ARS, il y a aussi d'autres partenaires tels que les CPAM. De ce côté-ci, c'est aussi important de les avoir comme partenaires pour pouvoir maintenir certains financements qui ont été, pour le coup, supprimés de manière trop stricte ces dernières années, dans un contexte de baisse de dotations et de difficultés croissantes.

Enfin, je vous invite à faire des sondages sur votre territoire, que ce soit en milieu urbain comme en milieu rural. La question de la santé arrive toujours dans les trois premières préoccupations, en dehors des questions d'emploi, par exemple. Faites un sondage, vous seriez assez surpris des résultats d'enquête par rapport à cela.

Laurent El Ghozi

Merci. Je ne vais pas répondre aux questions, mais juste remercier l'ARS Bretagne de sa position.

Par rapport à ce que tu dis, Henri sur Mulhouse : oui, le CLS ne règle pas tout et en tout cas, ne règle pas, par exemple, la question de ce qui se passe à l'hôpital et dans les GHT, c'est sûr. Je pense que c'est une bonne chose. Heureusement que les CLS n'ont pas à s'occuper de ce qui se passe à l'hôpital, parce que ce n'est pas le rôle des élus. En tout cas, c'est ma position.

C'était juste une présentation de ce qui se passe en Ile-de-France, ce qui vous permet aussi de comparer avec ce qui se passe ailleurs, avec des éléments positifs, l'engagement d'un département et probablement d'autres éléments qui le sont moins.

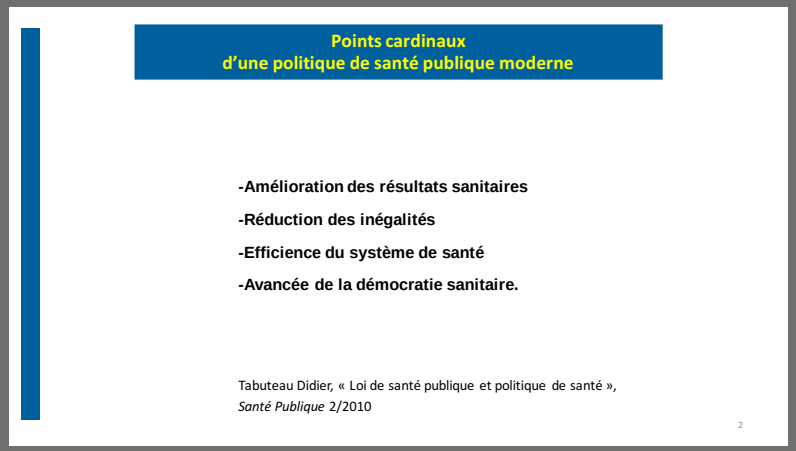
Merci à tous. Un moment de pause et nous reprenons dans un quart d'heure pour la suite.

DYNAMIQUES LOCALES : RECHERCHE ET COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

Thierry Lang,
Directeur Institut Fédératif d'Études et de Recherche Interdisciplinaires Santé Société (IFERISS), Université de Toulouse

Bonjour à toutes et à tous. Je voulais vous remercier de cette invitation, parce que j'ai toujours plaisir à travailler avec des acteurs, des élus et des usagers, et discuter les évolutions de la recherche. Votre colloque est par ailleurs idéalement situé entre deux étapes importantes : le développement de la recherche interventionnelle, marqué par un colloque tenu il y a à peine 10 jours, et demain et après-demain à Paris, un colloque piloté par le ministère de la Santé et l'OMS sur « la santé dans toutes les politiques » dont je constate que la communication a été remarquablement discrète au regard des enjeux.

Quand Laurent El Ghozi m'a proposé d'intervenir sur le nouveau paysage législatif, je lui ai dit que je n'étais pas du tout un spécialiste. Je lui ai donc proposé plus modestement de faire un certain nombre de remarques sur les évolutions du paysage. Effectivement, je suis directeur d'un institut fédératif de recherches interdisciplinaires sur les questions de société et santé, et un certain nombre d'évolutions sont notables.



Si nous regardons une proposition de Didier Tabuteau, les politiques de santé publique modernes ont plusieurs objectifs dont : l'amélioration des résultats sanitaires, la réduction des inégalités ou encore la démocratie sanitaire. Dans le paysage aujourd'hui, la priorité est à l'amélioration des résultats sanitaires. Le plus souvent, la réduction des inégalités est laissée un peu de côté. Ce sont des enjeux qui sont majeurs et dans lesquels je crois que la recherche peut jouer un rôle.

Dans notre conception de la construction de la santé et des inégalités sociales de santé, nous pouvons dire, et je crois que ce n'est pas du tout étranger à vos travaux, qu'au cours de la vie, la construction de la santé est une dynamique perpétuelle entre un paysage environnemental passé, inscrit dans les molécules, et dans les structures sociales qui forment l'individu à un moment donné. C'est une réponse à un environnement présent et de cette adaptation à l'environnement présent résulte un coût à payer. Ce coût est physiologique. Il se traduit par des modifications a priori invisibles au fil du temps. Je dis tout de suite, parce que c'est un élément important des politiques de santé, que cette évolution, cette adaptation et le coût à payer peuvent ne se faire sentir que plusieurs décennies après l'exposition.

ESPÉRANCE DE VIE ET CATÉGORIES SOCIALES

A 35 ans,
peuvent espérer vivre:

	Femme	homme
Cadre	52 ans	47 ans
Ouvrier(e)	49 ans	41 ans

Source: Echantillon Démographique Permanent.
Mortalité 2000-2008
Insee Première No 1372 - 2011

Je vais passer vite là-dessus, parce que j'imagine que vous connaissez tous ces éléments. L'espérance de vie en France se caractérise par des différences importantes : 3 ans pour les femmes, 6 ans pour les hommes entre les catégories sociales du haut et du bas de l'échelle sociale ; un double handicap, puisque non seulement l'espérance de vie est plus courte en bas de l'échelle sociale, mais l'espérance de vie sans incapacité est également plus courte. À 35 ans, l'espérance de vie d'un ouvrier est de 24 ans sans incapacité, alors qu'un cadre peut vivre 34 ans sans incapacité. Nous avons donc en France un problème réel d'inégalités sociales de santé, mais vous le savez sans doute.

Quand je fais des conférences, j'ai un petit quizz qui malheureusement continue à marcher, mais ce ne sera pas le cas pour vous ! Un certain nombre de pays d'Europe ont été comparés. Dans ces travaux européens, les chercheurs ont comparé la mortalité des travailleurs manuels aux travailleurs non manuels. Les courbes montrent qu'il y a une surmortalité des travailleurs manuels par rapport aux travailleurs non manuels dans l'ensemble des pays, de l'ordre de 40 %. Il y avait, dans ces travaux des années 1990, un pays qui se distinguait avec une surmortalité de plus 70 %, donc de très fortes inégalités sociales de santé. Je ne me permettrai pas de vous poser la question, mais on me répond d'habitude : Espagne, Italie, Pologne. Vous savez tous que ce pays est la France et que nous avons un problème non résolu, tous les autres pays cités habituellement se situant dans la moyenne.

Quelques années plus tard, vous le savez aussi, la France a nettement amélioré sa position dans l'Europe, parce que l'Europe s'est élargie et que sont entrés des pays dans lesquels les inégalités sociales de santé étaient beaucoup plus marquées. Si l'on regarde les premiers pays d'Europe, la France garde son niveau élevé d'inégalités sociales de santé. Le problème demeure donc.

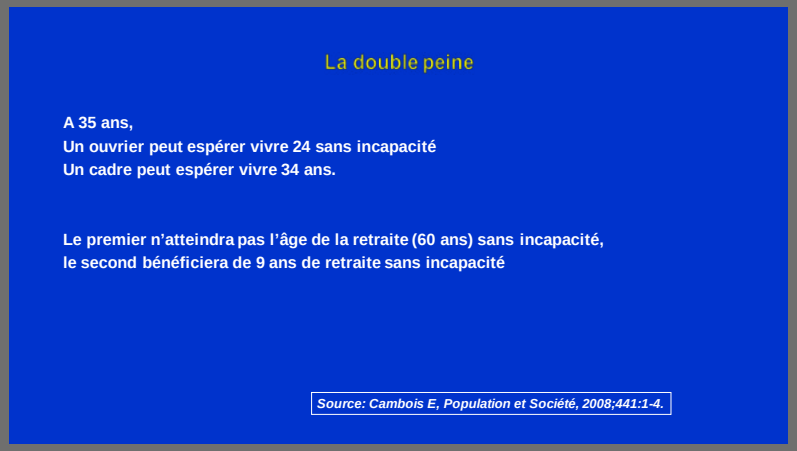
Dans de nombreuses situations où l'on parle d'inégalités sociales de santé, la traduction est « accès aux soins des plus précaires ». Nous verrons tout à l'heure que la santé, vous le savez aussi, c'est beaucoup plus que cela. Les inégalités sociales de santé concernent l'ensemble de la population, pas seulement un groupe marginal en grande précarité. Vous voyez que nous avons un gradient depuis les cadres avec la meilleure santé, jusqu'aux professions intermédiaires, employés, ouvriers, et puis une aggravation considérable ces dernières années des inactifs non-retraités.

Les inégalités sociales de santé sont au cœur des enjeux sociétaux. Je pense que la cohésion sociale est en partie menacée par les inégalités sociales de santé en général qui sont peut-être à rapprocher de certains comportements électoraux.

La baisse de la mortalité dans les 20 dernières années a été régulière dans un grand nombre de pays, y compris les Hispaniques aux Etats-Unis, par exemple. Dans une catégorie particulière, celle des hommes blancs non hispaniques, la mortalité augmente au début du 21e siècle. Finalement, tout ce qui concerne les inégalités sociales de santé est à la fois une conséquence des problèmes sociaux, de la cohésion sociale, des problèmes socio-économiques, mais menace aussi d'une certaine façon la cohésion sociale.

Deuxième remarque, puisque nous parlions des inégalités sociales territoriales. Implicitement, je vous ai parlé des inégalités sociales selon la hiérarchie sociale. Il y a une autre inégalité sociale qui est l'inégalité de genre sur laquelle je voudrais attirer l'attention, parce que l'on avait l'habitude de dire, en tout cas chez les épidémiologistes jusqu'à il y a peu de temps, que chez les femmes, les inégalités sociales de santé étaient peu marquées. Il y a des inégalités de genre entre hommes et femmes, mais les inégalités sociales de santé étaient peu marquées chez les femmes. Il y avait des problèmes de caractérisation du niveau social et il fallait prendre la catégorie de l'époux pour observer un gradient social.

Aujourd'hui, en France, les inégalités de mortalité chez les hommes existent pour les cardiopathies ischémiques (autrement dit les infarctus du myocarde), mais elles sont relativement peu marquées ; à l'inverse, chez les femmes, ces inégalités sociales de santé sont très marquées. Il y a donc une spécificité aujourd'hui à prendre en compte chez les femmes dont nous n'avons peut-être pas pris assez la mesure.



Après le paysage, les problèmes à résoudre. Je vais passer en revue les déterminants de santé très rapidement avec juste quelques indications, parce que ce n'est pas le sujet.

Sur les explications biomédicales et l'accès aux soins, juste une petite remarque. On parle souvent d'accès aux soins sans détailler le contenu de ce terme, comme si c'était quelque chose qui allait de soi. En réalité, nous devrions affiner à la fois notre discours et nos mesures de l'accès aux soins. Nous pouvons distinguer en premier l'accès théorique. En France, nous avons beaucoup travaillé ce sujet qui correspond à l'accès à des droits, encore que vous savez que tous les gens qui ont des droits ne les fassent pas réellement valoir ; mais en tous cas, notre système d'assurance maladie et de mutuelles ont beaucoup amélioré la possibilité théorique d'accéder à des soins ; cet aspect est bien documenté.

Deuxième étape un peu plus compliquée et un peu moins documentée : lorsqu'il y a des besoins de santé, est-ce que malgré l'accès théorique qui le permet, les personnes accèdent réellement à des soins ? Est-ce qu'elles vont vers une institution sanitaire ? Cet aspect est un peu moins documenté, encore qu'existent des données sur les renoncements aux soins pour raisons financières, par exemple.

Ensuite, nous arrivons à l'utilisation réelle qui est moins documentée, dans un régime de maladie chronique qui se traite sur le long terme. Finalement, que se passe-t-il lorsque l'on prend des échelles de temps un peu longues sur 5-10 ans de suivi ? Est-ce que la prise en charge de ces maladies au long cours est permise à tout le monde, aussi efficace ? Est-ce que les soins sont donnés dans la durée ? C'est quelque chose sur laquelle nous avons peu d'information et qui pourtant est essentielle dans un paysage de maladies chroniques.

Le dernier point est encore moins connu, puisqu'il est plus difficile à mettre en œuvre. Est-ce que les soins qui sont donnés ont la même efficacité et la même pertinence selon la catégorie sociale ? Est-ce qu'ils sont adaptés aux personnes qui les demandent ? Cela met en cause les professionnels de santé et l'organisation du système de soins. Nous avons relativement peu de données, mais quand il y a des travaux, l'égalité de prise en charge, une fois que l'on a franchi la porte du système de soins, n'est pas aussi égale que nous aimerions le penser.

Nous aimons penser que nous avons un système de soins ouvert à tout le monde. Finalement, il n'est pas si performant que cela en matière d'inégalités sociales de santé. Dans un récent travail pour l'assurance maladie, des personnes ayant renoncé à des soins nous ont dit quelque chose que

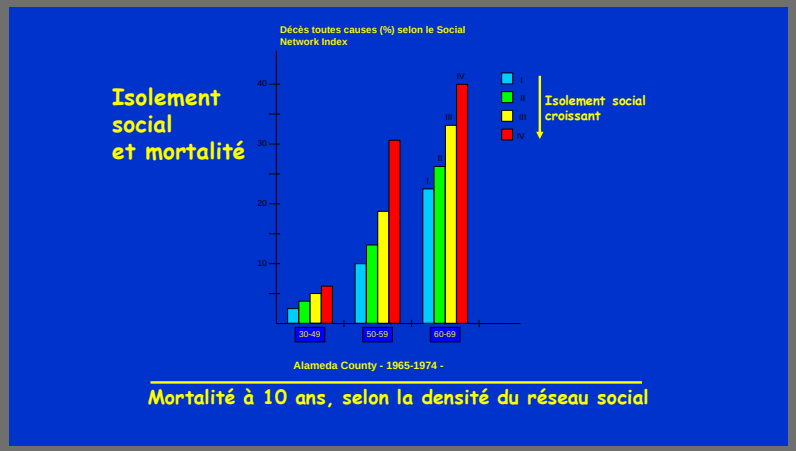
je reprendrais volontiers à mon compte : « si l'on regarde par rapport à des pays étrangers, nous avons le meilleur système du monde, c'est vrai ; mais tout le monde n'a pas l'impression d'en faire partie ». Je trouve que l'ambiguïté de notre système de soins est bien exprimée de cette façon.

Je passe rapidement les explications sur la prévention médicalisée, car vous savez tous que cette prévention, prise en charge des facteurs de risque ou dépistage, suit un gradient social pratiquement général. Pour la plupart des comportements, le gradient social est connu. Ces comportements de consommation de tabac, d'alcool ou encore la nutrition sont plus sains en haut de l'échelle sociale. Remarquons seulement que dans notre pays, nous avons encore très largement, en dehors de cet amphithéâtre, l'habitude de dire que ces comportements sont individuels, ce qui évidemment n'est pas le cas, sinon ils ne seraient pas socialement différentiés. La conséquence est la nécessité de travailler sur l'environnement et pas seulement sur les injonctions de changement de comportements.

Nous arrivons aux déterminants socio-économiques de la santé. Deux grandes catégories qu'il est important de distinguer pour les actions à mener. Derrière les explications matérialistes, se trouvent des expositions physico-chimiques ou les revenus qui permettent de se soustraire à des événements toxiques, par exemple se loger correctement dans des endroits où il n'y a pas de pollution atmosphérique, à l'abri du bruit. Ces éléments qui sont directement matériels sont parfois un peu sous-estimés. Je prends un exemple, évidemment pas au hasard. Quand on pense cancer du poumon, ce qui vient à l'esprit immédiatement est le tabac, donc un comportement « individuel ». En fait, si l'on regarde la part des inégalités sociales de mortalité par cancer du poumon, la moitié est attribuable aux expositions professionnelles. Cela nous attire déjà vers d'autres éléments que le tabac qui n'explique pas tout des différentiels de mortalité.

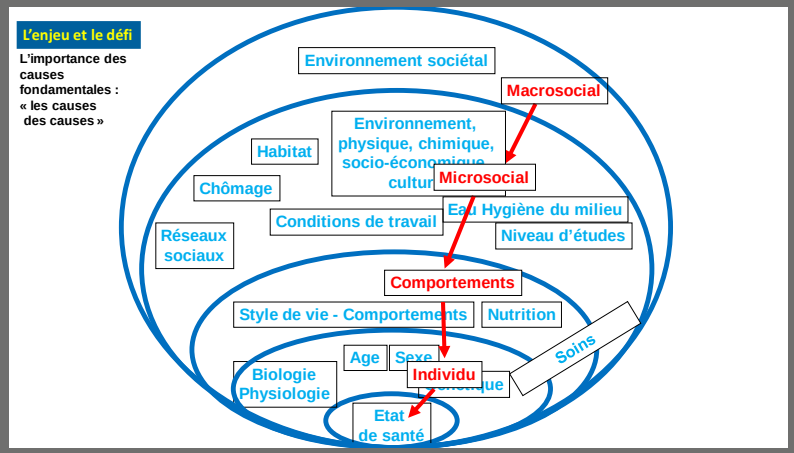
Deuxième grande famille des déterminants socio-économiques : les explications psychosociales. Comment, dans la vie quotidienne et professionnelle, dans la manière dont la société est organisée, les relations sociales, les contraintes organisationnelles, hiérarchiques, voire les mesures relatives, c'est-à-dire le sentiment que l'on a d'être plus ou moins bien traité qu'un autre dans son environnement, vont agir sur la santé ? Ce ne sont pas des facteurs marginaux dont nous pourrions penser qu'ils agissent sur la santé mentale ou éventuellement les suicides. Ce sont des facteurs puissants qui agissent sur la santé dans son ensemble, y compris la mortalité.

Je vous montre les résultats d'un travail séminal qui est la mortalité à 10 ans selon la densité du réseau social.



Or, le réseau social d'une personne est extrêmement difficile à mesurer. Malgré cette difficulté, des différences absolument considérables apparaissent. Quelles que soient les classes d'âge, en tenant compte d'un très grand nombre de facteurs, être isolé est un facteur majeur de mortalité. J'ajouterai que ces travaux ont été répliqués des dizaines de fois et sont extrêmement solides, malgré la difficulté de préciser la nature d'un environnement social. Essayez par exemple de voir comment vous mettriez un chiffre sur votre réseau social.

Après les facteurs très rapidement balayés, il y a un deuxième élément pour analyser comment l'action locale politique peut jouer sur la santé. C'est la notion d'enchaînement.



Le fameux schéma de Dahlgren et Whitehead, un peu redessiné, dit simplement la chose suivante : ces déterminants ne sont pas ordonnés n'importe comment. Ils sont ordonnés en facteurs proximaux qui sont proches de l'individu, par exemple la génétique, la consommation d'alcool ou de tabac. Mais ces comportements sont englobés dans des cercles de plus en plus larges, microsociaux, mésosociaux, macrosociaux et dans une société. Finalement, quand on regarde les facteurs proches d'un individu, ils sont inclus dans une chaîne de causalité qui est très longue. Si on prend l'exemple de la consommation de tabac, elle est différente selon le réseau social, influencée par les conditions de travail et l'habitat. C'est l'environnement sociétal global avec les lobbies de l'industrie du tabac, la façon de faire percevoir le bénéfice du tabac, etc. qui vont déterminer le fait qu'un individu fume ou pas. Autrement dit, nous avons le choix, et c'est une grande liberté, de regarder si nous allons nous intéresser aux facteurs proches de l'individu ou au contraire, d'aller chercher les causes des causes, ce qui vous concerne probablement ici.

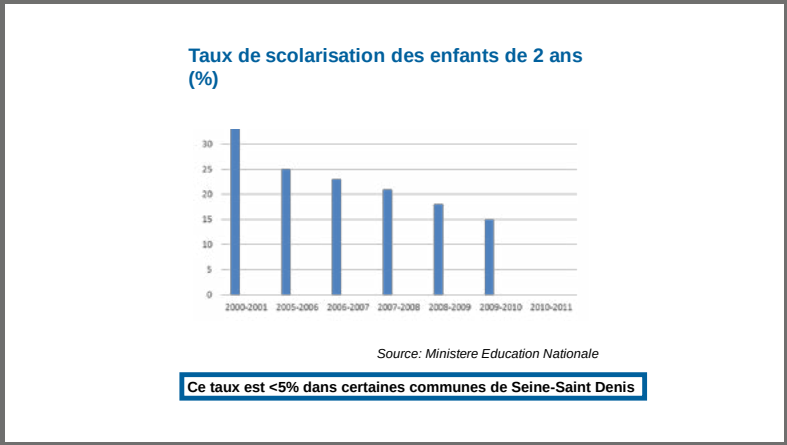
Deuxième élément à prendre en compte, toutes ces expositions à de multiples déterminants concernent un individu, construisent sa santé tout au long de sa vie et même avant, c'est-à-dire que les conditions de la grossesse, les premières années de la vie, l'enfance, l'adolescence sont des étapes essentielles de constructions de la santé. Pendant toutes ces périodes, chaque individu est exposé à l'ensemble de ces déterminants qui sont à chaque période organisés de la même façon avec des environnements macrosociaux, microsociaux et individuels.

La grande leçon de cette façon de voir les choses est que la santé va se construire au long de la vie avec plusieurs types de mécanismes. Le premier mécanisme est que plus on est exposé à des facteurs défavorables à la santé et plus la santé se dégrade. Évidemment, en bas de l'échelle sociale, on est plus exposé à ces facteurs défavorables. Et puis il y a ce que l'on appelle des périodes critiques. Il y a des périodes de la vie où une exposition à des facteurs de risque, à des déterminants délétères pour la santé, va être particulièrement critique et parfois irréversible. Parmi ces périodes, il y a évidemment la grossesse pour l'enfant à naître, puis l'enfance et l'adolescence. Nous verrons tout à l'heure que ce sont des périodes qui ont été relativement négligées, alors que c'est là que se construisent la santé et l'avenir d'une personne. Parmi les périodes critiques, le cerveau se développe durant les cinq premières années. Des atteintes à la construction des capacités cognitives sont relativement irréversibles.

Ce focus sur l'enfance et l'adolescence est relativement nouveau et contraste avec un investissement dans cette période de l'enfance très inférieur à ce qu'il devrait être. Deux rapports récents de l'UNICEF et de l'IGAS ont pointé ce même constat.

Cet intérêt pour l'enfance et l'adolescence est récent. Il a été récemment porté à l'attention des chercheurs et des acteurs de santé publique, peut-être parce que dans une vision biomédicale, les enfants ne consultaient pas beaucoup, les adolescents non plus. Ils n'étaient pas très visibles, ce n'était pas très important pour la santé publique de s'en occuper. On constate cela très bien dans le domaine de la recherche, avec un manque de moyens pour suivre les progrès du développement de l'enfant dans les premières années de vie. Beaucoup d'attention est portée aux pathologies de l'enfant. Mais il y a très peu de travaux, d'unités de recherche et très peu de données statistiques sur le développement de l'enfant dans son milieu naturel et comment se construit sa santé pour les décennies à suivre.

Pour illustrer ce contraste entre l'importance de l'enfance et les politiques de santé, je me réfère au ministère de l'Éducation nationale. Le taux de scolarisation des enfants de 2 ans dépassait les 30 % en 2000-2001. Il est aujourd'hui à 15 % et ce taux est inférieur à 5 % dans certaines communes de Seine-Saint-Denis dans lesquelles probablement les investissements à faire sont majeurs de ce point de vue.



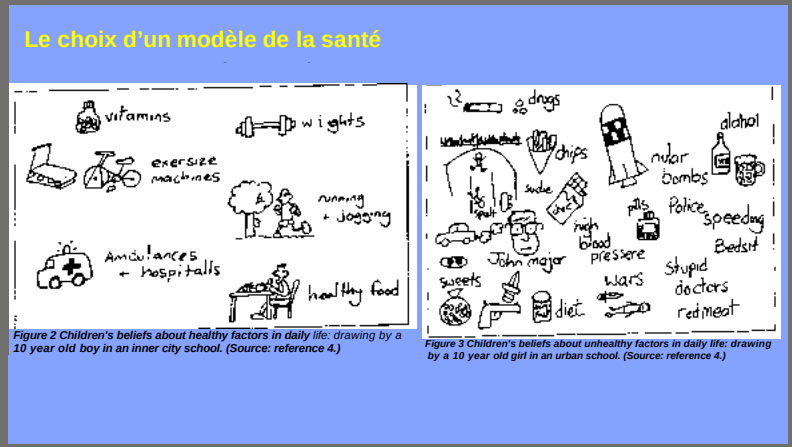


Figure 2 Children's beliefs about healthy factors in daily life: drawing by a 10 year old boy in an inner city school. (Source: reference 4.)

Figure 3 Children's beliefs about unhealthy factors in daily life: drawing by a 10 year old girl in an urban school. (Source: reference 4.)

La plupart des politiques et des projets en dehors du système de santé ont des impacts sur la santé, mais souvent non prévus et non pensés. L'histoire montre que les grandes améliorations en matière de santé ont été dues à des avancées dans d'autres secteurs : aménagement urbain, qualité de l'eau, politique sociale, mais sans qu'il y ait de lien planifié avec la santé. Sur ce tableau de l'évolution de mortalité par typhoïde à Chicago depuis 1860 jusqu'à 1950, on voit très bien des épisodes majeurs : l'incendie de Chicago, le bas niveau du lac. Les apports de la biomédecine arrivent avec le vaccin antityphoïdique en 1896 mais la mortalité a déjà beaucoup baissé. A l'introduction majeure de l'antibiothérapie en 1940, la plus grande partie de la diminution de la typhoïde est déjà acquise. Des phénomènes majeurs en dehors du système de santé sont donc extrêmement efficaces, mais ne sont souvent pas mis en rapport avec ces progrès de la santé.

Ces figures dessinées par des enfants de 10 ans vont nous aider à choisir un modèle de santé. À ma gauche, un petit garçon illustre le système biomédical à la française. Il y a des hôpitaux et des ambulances. On fait un peu d'exercice, quelques vitamines. On mange bien et le tour est joué. Cela, c'est le modèle biomédical. Le modèle dessiné par la petite fille est beaucoup plus riche. Je vous laisse découvrir vous-mêmes. Il est extrêmement complet : les politiques, les guerres, la bombe nucléaire, la police, les médecins dans toutes leurs contradictions et leurs ambiguïtés. Ce modèle est extrêmement complet. Je crois que la France aujourd'hui, et cela fait partie de nos difficultés, a plutôt le modèle biomédical en tête, alors que nous essayons de travailler sur un modèle plus large.

Des chercheurs en sciences sociales se sont intéressés au rapport entre les élus locaux et la santé. Ils soulignent effectivement l'ambiguïté du choix entre ces deux modèles : d'un côté, l'offre de soins et de l'autre, les déterminants sociaux de la santé. Ce que disait la quasi-totalité des élus, c'est qu'évidemment, le premier modèle est plus valorisant politiquement que le second ; il est plus visible en bénéfice politique d'inaugurer un établissement de santé que de miser sur l'impact sanitaire de programmes qui influencent la santé à long terme.

Raisonner en chaîne de causalité, ce n'est pas seulement une coquetterie de chercheurs, mais un enjeu majeur pour le débat. Je vais l'illustrer par le travail de Margaret Whitehead quand elle était à la tête de l'OMS Europe. Les fardeaux des maladies sont ceux qui, après des calculs extrêmement compliqués, vont le plus impacter la santé dans la région OMS ; ces résultats sont connus.

Contributeurs au fardeau des maladies dans la région OMS Europe en 2002

Par ordre d'importance :

- tabac
- hypertension artérielle
- abus d'alcool
- hypercholestérolémie
- surpoids
- consommation insuffisante de fruits et légumes
- sédentarité
- drogues
- maladies sexuellement transmissibles
- anémie en fer

Abord par les causes fondamentales

- inégalités de revenu
- pauvreté,
- risques liés au travail
- manque de cohésion sociale

Source: Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health : Levelling up Part 1. WHO Europe, Copenhague: 2006.[24]

Les facteurs qui impactent le plus la santé sont le tabac, l'hypertension artérielle, l'abus d'alcool, l'hypercholestérolémie, le surpoids, etc. Vous connaissez tout cela. Vous remarquez tout de suite que ce sont des facteurs proximaux, proches de l'individu et théoriquement accessibles par des conseils individuels. Puis Margaret Whitehead a regardé ce qui se passait en termes de priorité de santé publique si on analysait les causes fondamentales, les causes des causes. Le paysage et les priorités de santé publique apparaissent bien différents, puisque le fardeau des maladies apparait lié aux inégalités de revenus, à la pauvreté, aux risques liés au travail et au manque de cohésion sociale. Ces priorités de santé sont absolument différentes de ce que laissent penser les causes proximales.

Ce choix résulte d'un débat. Les facteurs proximaux ne s'imposent pas d'eux-mêmes. Il y a lieu de réfléchir à ce que nous faisons lorsque nous abordons une politique de santé.

Pour se résumer, avant de voir les dynamiques, ce que nous savons : les inégalités sociales de santé sont une question majeure et les innovations, si elles ne prennent pas en compte les inégalités, les aggravent finalement. Il s'agit d'un gradient social, donc sans population cible unique et il faut s'adresser à l'ensemble des déterminants de la santé qui sont multiples, intersectoriels, chacun d'entre eux jouant un rôle assez modeste. Nous avons vu qu'ils s'accumulaient tout au long de la vie et qu'il y a des périodes critiques parfois irréversibles. Je pense ici à l'enfant.

Les pistes de travail : 1) les facteurs fondamentaux, en favorisant l'accès aux ressources, de revenus, d'éducation, de pouvoir, 2) réduire l'exposition des groupes les plus défavorisés aux risque auxquels ils sont le plus exposés, 3) favoriser l'accès au système de soins avec les nuances que j'évoquais sur l'accès secondaire et 4) réduire les conséquences d'une atteinte à la santé sur la situation sociale.

Si nous posons un regard plus précis sur l'environnement socioéconomique, il va agir de bien des façons.

En tant que tel, l'environnement social va agir par le support social, je vous l'ai montré tout à l'heure, par le lien social, par les conditions de vie dans l'enfance, par l'influence qu'il a sur les comportements. L'environnement social agit lui-même directement.

Mais l'environnement social est aussi un marqueur d'exposition à un environnement physique et chimique. Je pense par exemple au bruit. Si l'on regarde les villes ou les sites industriels dangereux, les populations défavorisées sont le plus souvent les plus exposées au risque.

Le contexte socio-économique agit aussi comme un facteur de vulnérabilité. Par exemple, chez des enfants exposés au bruit, les conséquences sont plus graves pour ceux issus de familles défavorisées.

Enfin, l'environnement peut être protecteur, c'est plutôt une bonne nouvelle. Je vous montre simplement un résultat publié il n'y a pas très longtemps. Il s'agit de l'effet de l'exposition à l'environnement naturel sur les inégalités de santé. Ce que l'on voit, c'est que pour les populations qui vivent dans les zones où il y a beaucoup d'espaces verts, les inégalités de santé sont réduites. Il y a donc des effets environnementaux susceptibles de limiter les inégalités de santé.

Quelles sont les dynamiques que l'on peut observer aujourd'hui ? La problématique des déterminants sociaux de la santé, des inégalités sociales de santé, est inscrite dans les stratégies nationales de santé, dans la stratégie nationale de recherche. Nous verrons tout à l'heure que c'est important et que se développe de façon assez rapide la recherche interventionnelle. Je vais expliquer ce que j'entends par là et j'attends avec intérêt l'exposé de Laurent Chambaud sur les lois de modernisation du système de santé.

Mais qu'est-ce que ce développement actuel puissant de la recherche

interventionnelle en santé (ou recherche en intervention sur la santé des populations) ? En fait, c'est quelque chose qui n'est pas très nouveau. Avant, on appelait volontiers cela la recherche-action. L'ANRS, sur le VIH, depuis longtemps, fait de la recherche interventionnelle, mais il se trouve que depuis quelques années dans une dynamique qui implique nos collègues canadiens, ce terme s'impose et a fait l'objet d'un colloque de trois jours la semaine dernière. Il s'agit d'une des priorités de l'institut thématique de santé publique. Il s'agit d'utiliser des méthodes scientifiques pour produire des connaissances sur les politiques ou les interventions qui agissent sur la santé de la population, que ce soit dans le système de santé ou pas. Il y a vraiment une évolution extrêmement rapide, une mobilisation financière et un certain nombre d'équipes pour travailler avec vous, acteurs et décideurs de santé publique. Nous sommes au début du chemin, mais c'est quelque chose qui, à mon avis, est porteur d'espoir.

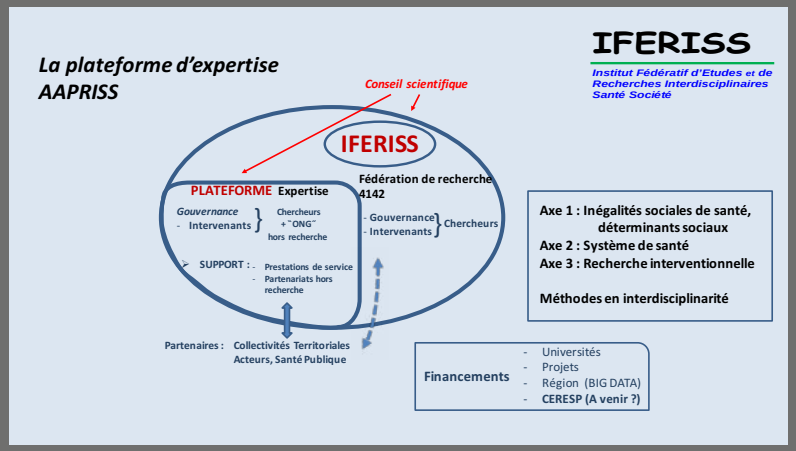
Quels sont les enjeux de cette recherche interventionnelle ? J'ai oublié de préciser que la recherche en promotion de la santé est un autre nom de cette recherche interventionnelle. L'enjeu majeur porte sur le débat et les échanges, parce que cette recherche ne pourra se faire qu'en interdisciplinarité et en intersectorialité, c'est-à-dire en faisant travailler ensemble des chercheurs et des acteurs. Nous n'y sommes pas habitués en France. Une partie des questions qui vont se poser portent sur la terminologie. Il est déjà très difficile de faire parler des chercheurs de différentes disciplines, peut-être plus encore des acteurs et des chercheurs ; il faut savoir que l'on n'utilise pas les mêmes mots et que l'on risque des déconvenues. Il faut que nous apprenions à poser les questions de recherche de la même façon. Cela non plus n'est pas facile et prend du temps. Il faut se mettre autour d'une table pour que la question ait un sens pour tous les acteurs, les décideurs, les habitants et les chercheurs. Il faut que nous nous mettions d'accord sur les représentations de la santé, quels sont les déterminants sur lesquels nous travaillons, et puis faire aussi intervenir autour de la table les diverses expertises. Nous avons dit qu'il y avait des ambassadrices. J'y reviendrai tout à l'heure. Finalement, ces différentes expertises, d'où viennent-elles ? Comment les faire travailler ensemble ? Enfin, il faut que nous apprenions aussi à penser mieux, ce que nous ne savons pas encore très bien, les relations entre inégalités sociales et inégalités territoriales de santé, dans une optique d'interventions.

Autre question, celle de la place de la santé. Souvent, pour les professionnels de santé, nous voyons cette phrase curieuse qui est de dire que « la santé est notre bien le plus précieux ». Moi, je mets en débat cette question en disant : si notre santé est le bien le plus précieux, alors il n'y a plus débat et on ne comprend pas les gens qui mettent leur vie en danger.

A un moment donné, ils ne mettent pas de casque, ils fument. Si c'est notre bien le plus précieux, ce sont des gens qui sont fous, déraisonnables. Je pense que la santé se met en débat et c'est quelque chose qu'il faut que nous apprenions à faire, parce qu'elle peut entrer en conflit avec d'autres valeurs. Il suffit de voir les gens qui ont sacrifié leur vie pour des valeurs. Il peut y avoir débat entre la santé des générations actuelles et celle des générations suivantes, etc ... Il faut que nous débattions de cette valeur de la santé.

Dernier point qu'il faut apprendre à débattre, c'est le choix des interventions. Aucun déterminant ne s'impose de lui-même. Le choix de s'attaquer à tel ou tel déterminant, de mettre en place telle ou telle intervention, résulte d'un choix politique qu'il faut savoir débattre.

À Toulouse, nous avons essayé de faire la chose suivante. Notre fédération de recherche interdisciplinaire regroupe des sociologues, des politistes, des épidémiologistes, des spécialistes de santé publique.



La gouvernance repose sur les chercheurs. Nous nous sommes dit : « Finalement, nous allons mettre notre expertise au service des collectivités territoriales, des acteurs de santé publique ». Nous avons donc créé une plateforme d'expertise avec un conseil scientifique qui est commun cette plateforme et à l'IFERISS, parce que l'on reste dans le même paradigme scientifique. Mais la gouvernance ici associe non seulement des chercheurs, des ONG, des collectivités territoriales, l'ARS, la Région. Il y a un très large ensemble. Il s'agit de mettre en pratique cette idée de développer la recherche interventionnelle, c'est-à-dire d'essayer de mettre les connaissances scientifiques non seulement en tant qu'offre d'expertise, mais aussi en partenariat, c'est-à-dire quelque chose qui est important pour la démarche, c'est d'aller chercher de l'argent ensemble avec différents acteurs.

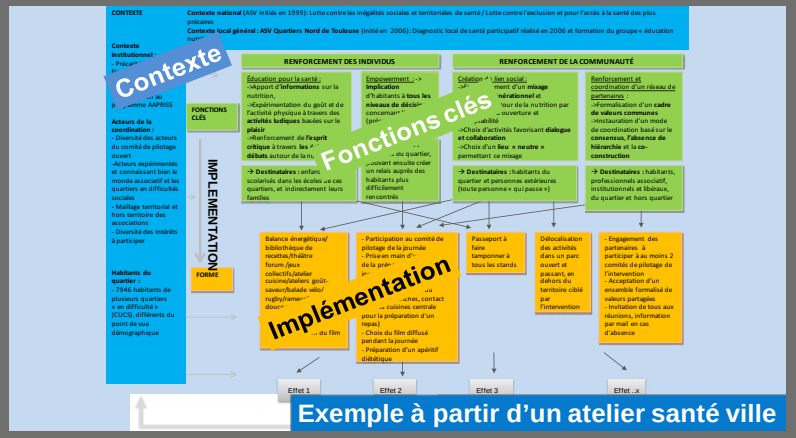
Quelques exemples pratiques : nous avons parlé tout à l'heure des politiques de la Ville et des Ateliers Santé Ville. Un constat nous paraît important dans notre démarche, c'est qu'effectivement, sur le terrain, les acteurs locaux sont extrêmement actifs. Il y a de nombreuses initiatives en cours. Il suffit d'aller se promener à peu près dans n'importe quelle région pour observer de multiples initiatives. Cependant, toutes ces actions sont peu visibles, peu décrites. Elles ne sont pas reproductibles, pas généralisables. Autrement dit, il y a des efforts considérables qui sont déployés et une grande créativité, mais ils restent localisés.

Les besoins de connaissance et d'évaluation sont énormes. Il y a une injonction à l'évaluation, notamment par les ARS, mais en réalité, si nous regardons en détail, nous savons assez mal évaluer les programmes en dehors des essais randomisés. Il y a donc une demande d'expertise avec un objectif qui est la transférabilité. Autrement dit, quand il se passe quelque chose quelque part localement et qui est intéressant, il serait bien de pouvoir l'identifier et dans un deuxième temps, le transférer. Ce problème n'est pas vraiment résolu aujourd'hui : comment faire bénéficier dans d'autres lieux des expériences qui sont intéressantes dans un lieu donné ?

Nous avons donc travaillé avec un Atelier Santé Ville des quartiers Nord de Toulouse. Cela n'a pas été facile, parce qu'il y avait au départ une méfiance vis-à-vis de ces chercheurs, ces académiques qui viennent proposer de travailler sur l'évaluation. Dans le meilleur des cas, c'étaient des rêveurs. Ce pouvait être aussi des agents de l'ARS qui allaient venir évaluer l'activité des ASV, donc la mise en confiance a pris un certain temps. Ensuite, nous nous sommes donnés un objectif qui était de décrire les interventions. En l'occurrence, l'intervention était présentée comme une journée de projection de films, ce qui n'est pas exceptionnel. Le travail commun a consisté à décrire tout ce qu'il y avait derrière cette journée et surtout sa préparation, en termes de fonctions-clés qui pourraient être transférées.

Nous avons pris un an à essayer de bâtir un schéma que nous n'avions pas en tête au départ. Maintenant, il y a une théorie que nous promouvons, que nous essayons de généraliser. Nous avons travaillé avec les acteurs de l'Atelier Santé Ville non seulement les responsables, mais les habitants, pour faire de la théorie. Contrairement à ce que l'on pourrait croire, faire de la théorie est formidablement utile, puisque nos collègues de l'Atelier Santé Ville s'en servent pour l'évaluation. Nous nous en servons pour la formation et nous avons une formation commune, prévue notamment à l'Université d'été francophone. Nous allons y travailler avec les ateliers santé Ville.

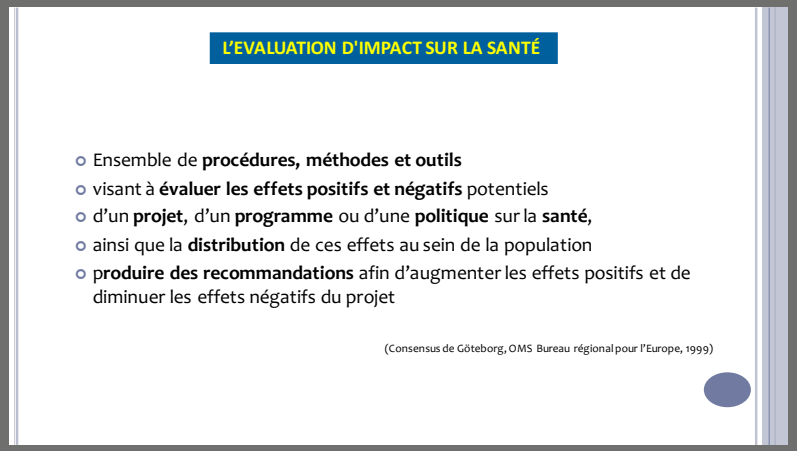
L'idée est la suivante : lorsque nous avons une expérience locale, nous allons nous donner la peine de la décrire. Cela prend un peu de temps, mais c'est utile, et nous allons en décrire trois aspects. Il y a des éléments de l'intervention que l'on va appeler des fonctions-clés, c'est la théorie que nous allons pouvoir transférer dans une autre région. L'implémentation va prendre une forme un peu différente selon les contextes, mais la théorie sera la même. L'exemple de fonction-clé que nous pourrions prendre consisterait à faire jouer des adolescents à un jeu collectif. Dans le Nord, ce serait du football et dans le Sud-Ouest, ce serait du rugby, mais vous voyez que cela ne change rien sur le fond (la fonction-clé). On a donc distingué l'implémentation de la théorie. Puis, il y a quelque chose que nous travaillons encore et qui est loin d'être résolu, c'est que le contexte évidemment va influencer l'efficacité du programme et bien sûr « colorer » l'implémentation.



Exemple à partir d'un atelier santé ville

Nous travaillons aussi sur d'autres aspects de la politique de la Ville, mais j'accélère un peu.

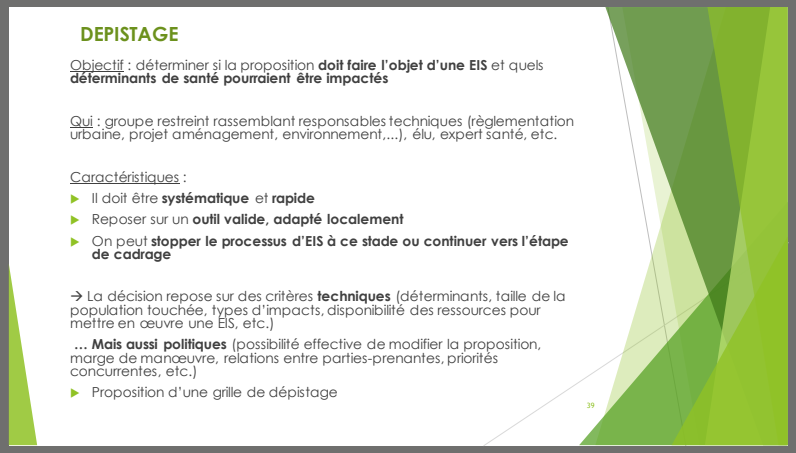
Évaluation d'impact en santé : c'est ce que nous avons trouvé comme moyen de concerner les élus et cela remonte à 2013.



Nous sommes allés voir les élus de la région Midi-Pyrénées en leur disant : « Il y a des inégalités de santé ». Ils nous ont répondu : « Oui, effectivement. Est-ce que vous voulez faire quelque chose ? » ; « Oui, on vous propose de travailler ensemble ». Notre interlocuteur nous a alors objecté : « Oui, mais la Région n'a pas la compétence santé. C'est le Département ». Ensuite, en discutant avec ces élus, nous leur avons dit : « Vous aménagez le territoire ? », « Oui », « Vous êtes responsables de l'urbanisme. Est-ce que cela n'a pas d'impact sur la santé ? », « Si, bien sûr ». C'est comme cela que nous nous sommes intéressés à l'évaluation d'impact sur la santé, parce qu'il nous a semblé que c'était un moyen d'accélérer la prise en compte des déterminants sociaux de la santé de la façon la plus efficace. Nous avons continué dans cette voie.

Je vais vite, parce que vous savez sans doute bien ce que sont des évaluations d'impact en santé. Rennes a été en avance sur ce sujet, mais je crois que les évaluations d'impact en santé sont, d'une part, comprises par les élus et les techniciens responsables de l'aménagement du territoire et de l'urbanisme. Elles sont, d'autre part, l'occasion d'avoir un débat sur la santé, comme je l'évoquais tout à l'heure, et d'agir sur les déterminants sociaux de la santé.

Évidemment se pose la question de la faisabilité. Par exemple, si l'on regarde les opérations d'aménagement programmées dans la Métropole de Toulouse, en un an, il y en a une centaine. Donc nous n'allons pas faire une centaine d'EIS, mais c'est tout de même dommage de ne pas poser la question. Ce que nous sommes en train de mettre au point et d'évaluer est une sorte de dépistage ; l'idée est de ne pas faire une EIS pour chaque programme d'aménagement, mais une sorte de mini-questionnaire, de dépistage pour voir rapidement si, sur une opération d'aménagement d'urbanisme, il peut se poser un problème de santé ou pas. Il s'agit donc de « screener » les programmes. Puis, si sur des critères techniques, c'est-à-dire la faisabilité, la taille, les ressources, le temps pour le mettre en œuvre et sur l'absence d'obstacle politique, une EIS pourra être mise en place. Il nous semble qu'existe là une piste pour améliorer la faisabilité de la prise en compte des déterminants sociaux de la santé.



Nous avions eu il y a quelques années une réflexion sur l'absence d'information géographique fine sur la santé pour piloter les programmes de santé publique. Nous avons mis au point avec une autre équipe un indice de déprivation à un niveau assez fin qui est celui de l'IRIS, c'est-à-dire une taille de 2 000 habitants, donc beaucoup plus fin que les codes postaux ou les communes. L'idée est de mettre à la disposition des politiques publiques un indicateur de pauvreté sur une toute petite unité géographique disponible à partir des données du recensement, c'est-à-dire quelque chose qui est immédiatement utilisable.

Il y a beaucoup d'indicateurs, vous les connaissez sans doute. Nous avons voulu en choisir un qui soit utilisable sur l'ensemble du territoire et pour des comparaisons européennes. Cela doit être lisible. Une particularité doit être soulignée. Dans différents pays, cet indicateur n'utilise pas les mêmes variables du fait de la démarche. Nous sommes partis du concept de défavorisation, de pauvreté, en posant que suivant les lieux, les pays, être pauvre s'exprime différemment. Etre pauvre dans le Nord de la Laponie est de manquer de chauffage, ce qui n'est pas forcément l'indice de pauvreté dans des pays où il fait chaud, dans lesquels l'indice peut plutôt porter sur le réfrigérateur. Mais la logique est la même : être privé d'une ressource perçue comme nécessaire dans la population dont est issu l'individu.

Donc, l'élément central est le concept qui est mesuré différemment, mais reste comparable entre pays. L'intérêt est qu'à partir de la simple adresse d'une personne, nous allons pouvoir lui affecter le niveau de pauvreté et de défavorisation de son quartier, sans se tromper beaucoup, parce que les échelles sont tellement fines qu'une certaine homogénéité des conditions socio-économiques est une hypothèse raisonnable. Finalement, un dispositif facilement accessible va permettre de bien décrire les territoires géographiques à un échelon infracommunal et avoir un suivi continu des inégalités sociales de santé, donc de contribuer à des informations utilisables pour la planification de la santé.

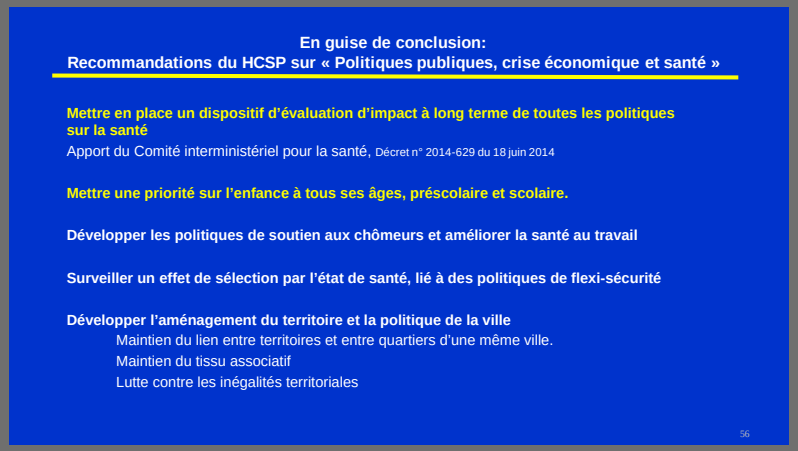
Cette description est beaucoup plus fine que celle basée sur le code postal ou la commune. Certaines observations ne sont pas évidentes. L'accessibilité potentielle localisée reflète le nombre réel, la disponibilité réelle des soins. Dans certains quartiers Contrats de Ville où la consommation de soins préventifs est faible, l'accessibilité potentielle aux soins est bonne, donc ce n'est pas un problème d'offre. Par contre, dans certaines zones, l'accessibilité est très faible, alors que les soins dentaires conservateurs sont bien réalisés. Ces observations montrent ainsi qu'il est trop simple de toujours réduire les problèmes d'accès à la disponibilité de l'offre.

Bien entendu, tout cela, nous essayons d'en débattre avec nos collègues urbanistes.

On parle beaucoup de démocratie sanitaire et aussi beaucoup dans les hôpitaux d'éducation thérapeutique avec les patients experts. Cette question d'expertise n'est pas du tout simple. Il y a des expertises diverses. Quelle est cette expertise ? Comment devient-on un citoyen expert ? Que faire de cette expertise expérientielle avec celle des élus, des acteurs et des chercheurs ? Nous avons un travail de recherche sur cette question avec en particulier nos partenaires de l'Atelier Santé Ville qui se posent aussi ce genre de questions. Bien entendu, nous développons la formation dans ce domaine.

Pour conclure rapidement, je coordonne un groupe de travail du Haut Conseil de la Santé Publique sur les politiques publiques, les crises économiques et la santé.

Parmi les recommandations, nous avons beaucoup insisté sur la mise en place de l'évaluation de l'impact à long terme de l'ensemble des politiques publiques, sur la nécessité de mettre une priorité sur l'enfance et développer l'aménagement du territoire. Le lien entre territoires et quartiers d'une même ville, le maintien du tissu associatif et la lutte contre les inégalités territoriales sont des enjeux majeurs.



Il me semble aujourd'hui que nous nous heurtons toujours à la faible place accordée aux questions de santé dans la politique française, avec un débat qui reste centré sur le système de soins. Mais des frémissements, des encouragements sont perceptibles, avec une tendance à la désectorialisation et à l'augmentation de la transversalité de l'action publique qui est encore débutante, mais se fait jour.

Je vous remercie et je vous prie de m'excuser si j'ai été un peu long.

TEMPS D'ÉCHANGE QUESTIONS-RÉPONSES

Laurent El Ghozi

Merci Thierry pour ce large panorama à la fois de la question des inégalités, de la recherche, de la recherche interventionnelle, bref, de tout ce sur quoi nous espérons pouvoir nous appuyer, avec en plus des données quelquefois étonnantes - sur l'inégalité des femmes par rapport à l'infarctus qui est beaucoup plus forte que chez les hommes, ce n'est pas l'idée que j'en avais - ou qui sont consternantes, comme la déscolarisation des enfants de 2 ans. J'espère que depuis 2010, cela a remonté. Je ne sais pas si tu as des chiffres 2010-2016. Non, cela n'a pas remonté, me fait-on signe en face. Bref, des choses dont nous avons le sentiment qu'elles devraient s'améliorer et qui ne s'améliorent pas.

J'ai juste une question précise. D'abord, évidemment l'intérêt d'avoir des données au niveau de l'IRIS, cela fait 20 ans que nous essayons de plaider là-dessus, donc je vois que c'est entendu au moins à Toulouse, c'est bien. Sur l'indicateur de déprivation européen, l'EDI, je suis assez étonné qu'il y ait si peu de critères communs, premier point, entre tous les pays et deuxième point, sur le côté éminemment politique du choix de ces critères. Il y a des pays qui prennent comme critère la criminalité et d'autres, la présence de personnes de nationalité étrangère. Ce sont des critères d'abord politiques.

Qu'est-ce que tu peux nous dire là-dessus, ou peut-être prenons-nous d'autres questions, parce que nous sommes déjà très en retard ? Merci, en tout cas.

Marie-Hélène Neyrolles,

ARS Pays de la Loire, déléguée territoriale Loire-Atlantique

Bonjour. J'aurais voulu que nous échangions un peu plus avant sur les experts citoyens et l'association des concitoyens, puisque c'est un sujet qui est fortement émergent dans les contrats locaux de santé, notamment ceux qui sont déjà signés. Merci.

Martine Antoine,

Vice-présidente de l'Institut Renaudot

C'était sur le même sujet des experts citoyens. Nous venons de tenir la neuvième Rencontre de l'Institut Renaudot qui avait comme thème : « Du subir à l'agir, santé, environnement et démarche communautaire en santé ». J'aimerais que vous nous disiez un peu plus des travaux que vous conduisez à ce sujet, parce qu'à la fois, on s'aperçoit qu'il y a beaucoup d'appétence de la part des citoyens, mais aussi des professionnels, des élus, etc. et que c'est quand même quelque chose de complexe, qu'il faut déconstruire des représentations, qu'il faut travailler à de l'acculturation. Donc pourriez-vous partager l'expérience qui est la vôtre et les travaux que vous avez pu conduire, parce que c'est vrai que nous manquons beaucoup de travaux sur le sujet.

Thierry Lang

Sur l'EDI, en fait, il y a un piège, c'est-à-dire que la construction part de ce qui est pour un individu la déprivation, la pauvreté. C'est au niveau individuel. Ensuite, nous regardons ce qui disponible dans les systèmes d'information sanitaire, ce qui est très corrélé. Selon les pays, c'est ce qu'ils ont dans leurs dispositifs statistiques qui est lié à la déprivation vécue sur le plan individuel. Donc, ce n'est pas du tout un choix politique, parce qu'effectivement, il y a des choses qui sont un peu curieuses. Il s'agit juste de la disponibilité des données.

Sur les experts citoyens, je vais vous décevoir, il faudra attendre un peu. Nous avons commencé. Nous avons un projet de travail REFLEXISS qui est né de notre travail avec les ateliers santé Ville et des collègues qui travaillent en éducation thérapeutique en cancérologie. Devant cet appel à la démocratie sanitaire, cette interrogation est largement partagée. Dans le domaine des soins et de l'éducation thérapeutique, il y a des experts de leur maladie, dont on a parfois l'impression que ce sont des professionnels d'une maladie et on ne sait pas très bien ce qu'ils représentent.

Nous nous sommes posé la même question avec les habitantes des quartiers Nord qui font partie de l'Atelier Santé Ville. Comment arrivent-elles là ? Pour reprendre un mot de sociologue que je ne suis pas, « Quelle est leur carrière d'expert ? » D'où vient cette expertise ? Comment la reconnaître et comment l'articuler avec une expertise de chercheurs et d'élus ?

Pour le moment, nous avons réuni différents interlocuteurs. Il y a des sociologues et des experts patients et citoyens, et puis nous essayons, comme vous le dites, de déconstruire. Pendant un an, nous avons trois séminaires de rencontres pour ensuite d'essayer de bâtir une recherche interventionnelle, donc d'aller plus loin. Mais là, nous sommes vraiment au tout début du chemin et je n'ai rien de très précis à vous dire.

Laurent El Ghozi

Merci. Un témoignage des Ambassadrices de la santé.

Une participante,

Ambassadrice santé de la ville de Lille

Bonjour. Je voulais présenter mon expérience en tant qu'habitante de la ville de Lille, habitante du quartier Faubourg de Béthune sur Lille. Je suis adhérente à l'espace santé qui est implanté au cœur de la cité, donc au cœur du quartier, depuis deux ans suite à un problème de santé. Grâce au bouche à oreille, j'ai eu accès à cet espace de santé. Ensuite, j'ai bénéficié des actions de santé par l'intermédiaire de cet espace de santé en tant qu'habitante de quartier. Cela m'a donné envie d'être plus à l'écoute des difficultés des habitants au sein du quartier et d'être un vecteur de communication des messages de santé dont moi-même j'ai bénéficié. Cela m'a donné envie d'être une personne actrice déjà de ma propre santé et ensuite actrice dans le sens où je voulais faire passer ces messages-là autour de moi.

Je voulais souligner que la confiance était importante dans la transmission des messages ; nous pouvons certes avoir une relation de confiance avec son médecin traitant, mais parfois ce n'est pas le cas. Donc c'est important d'avoir ce lien entre les habitants eux-mêmes et en se croisant, nous nous parlons, nous nous écoutons, nous écoutons nos besoins et nos difficultés et à partir de là, ce lien se tisse et nous sommes plus à même d'être un médiateur entre la structure de santé et les personnes qui vivent des difficultés de santé.

Le point positif et valorisant que je voulais souligner, c'était la particularité d'être associée à la réflexion des projets de santé. C'est très important de se sentir écoutée, comprise, avec également les professionnels de santé qui sont acteurs et bénévoles au sein de l'espace de Lille. Nous avons des temps de rencontre avec les professionnels et les élus de la ville.

Nous échangeons nos expériences. Ensuite, il y a aussi le fait qu'il y a une valorisation de notre investissement au sein du quartier par la proposition d'une formation. C'est de là que nous sommes devenues ambassadrices de la santé. Il y a eu 16 personnes habitantes du quartier, toutes des femmes d'ailleurs, qui ont pu en bénéficier. Nous avons choisi ce terme « ambassadrices de la santé ». Nous aurions pu nous appeler « femmes ressources » ou un autre nom. Cette formation a été financée par l'ARS et la Ville de Lille. Elle a été dispensée par le planning familial de Lille, le planning familial en santé sexuelle. Nous avons abordé la perception de l'homme et la femme au sein de la société française, quel regard nous avons sur l'homme et la femme, comment nous percevons l'homme, comment il est présenté, le rôle que chacun joue au niveau de la société et surtout, l'image que la société renvoie de l'homme et de la femme séparément. Des questions de genre. Nous avons vu ces questions-là. Ensuite, nous avons fait l'anatomie des organes sexuels de l'homme et de la femme. Nous avons eu un module sur les violences conjugales ou sexuelles envers les femmes.

Nous avons également été formées à l'écoute, savoir prendre de la distance, c'est important, c'est-à-dire qu'au départ, nous faisions les choses de manière spontanée. Nous écoutions les habitants dans le cadre de la vie de quartier, mais parfois nous sommes impliquées émotionnellement et personnellement dans les problèmes, les difficultés qui sont remontées par ces personnes-là. Nous avons appris lors de petits ateliers de mise en situation, à savoir prendre du recul.

Nous avons une limite c'est-à-dire qu'à un moment donné, nous devons déléguer, orienter la personne vers les structures adaptées. C'était aussi très enrichissant.

Ce que je voulais souligner également, c'était le temps de réflexion que nous avons. Je reviens sur les temps de rencontre avec les professionnels de santé et les élus. Nous sommes associées au projet. Cela est valorisant pour nous en tant qu'habitants. Nous pouvons dire également que nous avons réussi à passer d'une médecine de ville à une médecine de quartier à partir de l'écoute des besoins des habitants et proposer aux habitants des ateliers de bien-être : socio-esthétique, naturopathie, sophrologie, éducation à la nutrition, équilibre alimentaire, gestion des émotions avec la naturopathe, le lien entre l'alimentation et les émotions. Nous ne mangeons pas de la même façon en fonction de l'état dans lequel nous nous trouvons. Si nous sommes dans un état de tristesse, nous apprécierons moins le morceau de chocolat que l'on va manger alors que si nous pensons à une image positive, nous vivons un moment de bien-être et dans ce cas, nous savourons. C'était très enrichissant. Il y a de l'ostéopathie, plusieurs ateliers qui sont mis en place.

Je trouve très enrichissant d'être adhérente à cet espace de santé qui est financé par la Ville de Lille et la politique de la ville ; je trouve que c'est un trésor. J'ai envie de partager autour de moi dans la vie de quartier. Comme j'en ai bénéficié, je veux faire partager.

Laurent El Ghozi

Merci de ce témoignage, de cet engagement et voilà ce que peuvent être des habitantes engagées pour la santé dans leur quartier avec le soutien de la ville. Nous sommes complètement dans ce que l'on essaie de construire ensemble. Merci.

Merci Thiery Lang, merci à tous et Laurent Chambaud, à toi.

CONTEXTE DES POLITIQUES PUBLIQUES :

nouvelles lois, impacts sur les collectivités locales

Laurent Chambaud,
Directeur de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP), Rennes

Merci beaucoup. Merci tout d'abord aux organisateurs de m'avoir invité ce matin.

Tout d'abord, j'ai un problème parce que quand Laurent El Ghozi m'a envoyé un message m'invitant pour ce colloque, il a dit que je pourrai présenter et expliquer ce que les lois récentes rendent possible, voire obligatoire, en termes d'organisation territoriale de la santé et d'implication des collectivités locales. Ce sont les mandats qu'il m'a donnés. Et puis, je viens d'entendre Thierry Lang qui attend avec impatience mon intervention donc je sais que je vais faire au moins deux insatisfaits. Peut-être un peu plus, mais cela est déjà un handicap de départ. Je vais bien sûr parler du contexte législatif, mais ce n'est pas tellement ce point que je veux partager avec vous, car le contexte législatif, pour certains ou certaines d'entre vous, vous le connaissez et pour d'autres, vous pouvez les trouver à peu près partout. Mais je voudrais juste dans un premier temps vous donner quelques éléments sur l'analyse que je porte par rapport à ce qui se passe au niveau législatif depuis un certain nombre d'années. Dans la suite de mon intervention je souhaiterais plutôt tenter de montrer à la fois quels sont les éléments que je trouve positifs dans les dynamiques qui sont en train de se mettre en place et par ailleurs, ceux qui sont et restent problématiques dans le contexte français.

Tout d'abord, en référence au contexte législatif, j'ai le sentiment que l'on a finalement, depuis le début des années 2000, un certain nombre de lois structurantes qui ne sont pas automatiquement celles auxquelles on pense habituellement. Ces lois ont permis d'asseoir des politiques qui se développent avec un contexte législatif qui finalement ne bouge pas ou peu. Et puis par ailleurs, nous avons une évolution dans un autre domaine qui par contre évolue beaucoup. J'y reviendrai plus loin.

Quand je parle de « lois structurantes », je vais en prendre une, que certains d'entre vous probablement connaissent, en tout cas qui est importante, notamment pour les collectivités territoriales, c'est la loi du 11 février 2005.

Il s'agit de la loi sur l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Cette loi, je ne vais pas faire une exégèse dessus, toutefois elle a posé un certain nombre de principes. Un rendez-vous à 10 ans avait été pris mais on s'est vite aperçu que de nombreux sujets restaient inaccomplis. Néanmoins, un cadre a été donné en ce qui concerne la participation des personnes handicapées dans la société et qui a relativement peu évolué depuis.

Il y a une autre loi que beaucoup de gens ont oubliée parce qu'elle s'est mise en place dans un secteur très particulier : c'est la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance. Ma conviction est que d'autres lois structurantes votées dans les dix ou quinze dernières années vont probablement structurer les prochaines politiques de santé, quel que soit les perspectives électorales à venir.

Il y a une autre loi que je pense importante, même si elle n'a probablement pas été jusqu'au bout de ce qu'elle aurait pu être, c'est la loi du 29 décembre 2015 sur l'adaptation de la société au vieillissement. C'est un enjeu majeur. Tout le monde le sait. Cette loi a tenté - certains d'entre vous ont peut-être assisté à toutes les discussions qu'il y a eu pendant sa préparation - de traiter les formes d'adaptation de notre pays au vieillissement. Et, c'est un sujet qui va traverser toutes les sociétés pendant longtemps : est-ce que cette loi est suffisante ? C'est un objet de débat, et je pense qu'elle pose un certain nombre d'éléments fondamentaux liés au vieillissement des populations.

C'est dans ce contexte, il me semble, que les deux lois sur la modernisation de l'action publique territoriale et sur la recomposition des régions vont structurer, pendant un certain nombre d'années, les territoires dans lesquels vont se mettre en œuvre les politiques de santé. Mais je mets ces réflexions en débat, car c'est plutôt vous qui êtes les spécialistes dans ce domaine. Nous allons voir ce que donnera l'alternance s'il y a alternance l'année prochaine, mais je pense que ce sont des sujets de fond qui vont constituer aussi la façon dont, pendant plusieurs années, la réponse des structures publiques d'État et des collectivités territoriales va se manifester au plan géographique.

Il y a probablement d'autres lois qu'il faudrait citer et analyser, car leur champ d'actions va bien au-delà du système de soins et impacte les déterminants de la santé, ce qui correspond à ce que disait Thierry juste avant mon intervention.

Par ailleurs, les lois centrées sur le système de santé sont en évolution permanente. Je suis frappé de constater que depuis les années 2000, tous les 4 ou 5 ans le législateur se sent obligé de refaire une « grande loi sur la santé » : la loi du 4 mars 2002, portant principalement sur les droits des patients, était également une loi sur le système de santé et nous l'oublions parfois. Puis la loi du 9 août 2004, qui avait été à l'époque annoncée comme LA loi de santé publique dont la France rêvait. Puis la loi de 2009, dite loi HPST pour ceux qui aiment les acronymes. Cette loi du 21 juillet 2009 a créé notamment les Agences Régionales de Santé et les Programmes Régionaux de Santé qui structurent maintenant l'organisation régionale et a lancé les Contrats Locaux de Santé. Et maintenant, nous avons la dernière loi du 26 janvier 2016 qui annonce que nous allons moderniser notre système de santé. Je n'y crois pas.

Nous pouvons avancer deux hypothèses. La première pourrait être de dire : notre système de santé est en perpétuelle évolution et il va falloir élaborer une loi tous les 4 ans. Je trouve que ce n'est pas une bonne chose. La deuxième hypothèse que j'aimerais privilégier est que finalement, nous n'avons pas tiré les leçons de ce qu'il faut faire pour accompagner une évolution de notre système de santé qui de toute façon devra s'adapter de façon permanente à l'état de santé de la population et répondre au mieux aux besoins dans les 10-15 ou 20 prochaines années. Tous les systèmes de santé sont confrontés à cette situation, c'est une tendance de fond. Et jusqu'à présent les différentes lois n'ont pas réussi à poser ce cadre. Il y a eu une tentative que je trouvais au départ plus intéressante que ce qui s'est fait avec ces lois successives, c'est l'idée de construire une stratégie nationale de santé pour dix ans. Je constate avec regret que la loi de modernisation s'est éloignée des préconisations de cette stratégie nationale de santé, elle-même prisonnière d'une réflexion sur le système de soins plutôt que sur le système de santé.

En résumé, pour ce qui concerne le cadre législatif, nous n'avons pas réussi à donner une vision de la façon dont les dispositifs, les structures, les efforts et les ressources dans le domaine de la santé vont pouvoir évoluer pendant les 10-15 ou 20 prochaines années pour offrir cet élément de stabilité dans un processus qui par nature va être en évolution constante.

J'en ai fini avec la commande que m'avait donnée Laurent El Ghozi.

Je voudrais maintenant élargir mon propos et aborderai donc deux points principaux. Dans un premier temps, j'aimerais souligner en quoi la France a des atouts pour protéger et développer la santé des populations. Et je pense qu'elle en a. Petit aparté : y compris dans ce que disait Thierry sur les inégalités de santé en France, il y a à mon sens des ponts positifs dans notre système de santé. Nous avons du mal à les exprimer et à les faire connaître en France alors que, quand vous prenez nos collègues de nombreux pays anglo-saxons, ils commencent par dire tout ce qui va bien et après, seulement après, ils consentent à livrer ce qu'ils considèrent comme des problèmes résiduels. Nous avons du mal à dire qu'il y a des points positifs. Je vais peut-être être détrompé dans la suite du colloque, mais j'ose quand même l'affirmer.

Le premier point, qui ne doit pas être considéré comme un satisfecit général parce qu'il peut être débattu à l'envi, c'est que nous avons des indicateurs de santé globaux qui sont plutôt bons. Je ne vais pas vous montrer les diapositives sur l'espérance de vie à la naissance, sur les taux de mortalité infantile, etc. Mais globalement, quand nous voyons dans le concert des nations tous les pays d'un certain niveau de ressources, ils se retrouvent à peu près au même niveau. Mais il y a quand même quelques différences qui sont assez intéressantes à regarder. Je vais entrer dans l'actualité de l'autre côté de l'Atlantique. Vous avez, d'un côté, les États-Unis avec des indicateurs de santé qui sont quand même plutôt mauvais par rapport à tout l'argent qu'ils mettent dans le domaine de la santé. Et puis vous avez, de l'autre côté, Cuba qui a des indicateurs globaux qui sont plutôt bons par rapport notamment aux ressources que Cuba peut mettre dans son système de santé. Globalement, la France se retrouve comme beaucoup de pays européens ou industrialisés en tête des classements pour les indicateurs de santé globaux, parmi des pays comme le Japon, la Suède, l'Italie, l'Espagne, etc. Mais nous avons quand même des résultats qui sont plutôt bons. Je vais revenir sur les inégalités de santé après.

Deuxième point sur lequel je me permets d'insister : il me semble que nous avons en France, notamment dans la période actuelle (je ne sais pas ce qui va se passer plus tard, notamment en fonction des échéances électorales), une dynamique de préservation des acquis au niveau national qui permet de respecter notre socle de solidarité. Dans de nombreux pays, dans les dernières années, il y a eu des attaques très fortes sur ces systèmes. Il y a, par exemple, des situations qui ont été analysées dans la littérature scientifique internationale sur les effets de la crise en Grèce, en Espagne, au Portugal… Ces études montrent qu'il y a eu de véritables attaques sur les systèmes de solidarité et de santé existant dans ces pays et dont les impacts sur la santé doivent être mieux analysés. Je donnerais un exemple que je connais bien pour y avoir passé une partie de ma vie professionnelle. Il s'agit du Québec dans lequel le système de santé publique est mis à mal avec des coupures de plus d'un tiers des ressources, avec des interrogations fortes, y compris sur la cohésion du système de santé et de soins dans cette Province qui constituait pour de nombreux professionnels de santé pu-

blique un exemple à suivre, et dont j'ai pu moi-même bénéficier, y compris en termes de formation en santé publique. Et puis, il y a l'Angleterre où le système de santé que constitue le NHS (National Health Service) est en péril. Je ne dis pas le Royaume-Uni parce que nous voyons bien que certaines régions (notamment l'Ecosse) tentent, y compris sur des aspects de santé, de trouver des dynamiques complètement différentes de ce qui se passe en Angleterre actuellement. Et je donne juste un exemple qui est un exemple récent puisque c'est la DREES qui l'a publié cette année. C'est une étude sur le reste à charge pour les ménages : la dépense courante de santé, payée directement par les ménages en 2014. Si on prend les 15 anciens pays de l'Union européenne, elle est globalement de 15 %. Pour vous donner un exemple, dans un autre pays pas loin de chez nous, en Suisse, elle est de 27 %, c'est-à-dire presque 1/3 des dépenses sont payées directement par les ménages. En France, en 2014, elle est de 7 %. C'est le taux le plus bas. Cela tient compte également d'un mécanisme qui est un mécanisme que certains peuvent qualifier d'inégalitaire, qui est celui des mutuelles ou des assurances complémentaires. Ainsi, globalement, la France a un reste à charge pour les ménages parmi les plus bas d'Europe, ou des pays membres de l'OCDE. Cela n'empêche pas, bien évidemment, qu'à l'intérieur de ces 7 %, de fortes inégalités persistent. Il y a des patients qui paient des restes à charge importants, dans des conditions particulières, notamment pour certaines pathologies chroniques. Mais il reste que nous avons collectivement réussi à conserver cette situation où la dépense payée directement par les ménages est faible en regard de beaucoup d'autres pays. Si on prend en termes de valeur, toujours dans le même article, c'est 230 € par an, en parité de pouvoir d'achat, contre une moyenne de 470 € pour les 15 pays de l'Union européenne. Donc c'est du simple au double.

Autre point positif, et là, nous arrivons sur votre sujet d'aujourd'hui : je pense qu'en France, nous avons une histoire bien ancrée maintenant de participation des collectivités territoriales de proximité dans les actions de santé. Et pourquoi ? Parce que nous avons des collectivités de proximité, les villes, les communautés d'agglomération, les métropoles, les départements qui s'impliquent résolument. Et j'aimerais que des chercheurs se penchent vraiment beaucoup plus sur ce sujet, dans une perspective comparative. Il me semble, c'est une hypothèse que je formule aussi, qu'en France, ce n'est peut-être pas le seul pays, mais cela le distingue de nombreux pays anglo-saxons, les élus locaux ont une mission qui dépasse largement la mission strictement gestionnaire que l'on retrouve dans des pays anglo-saxons. Et cela intègre une dimension politique dans laquelle la dimension santé, quand ils le souhaitent, est vraiment présente. Je rappelle qu'il y a même des pays dans lesquels les maires ne sont pas élus, mais nommés. Par exemple aux Pays-Bas. Cette capacité à mon avis de porter une vision politique peut permettre, encore une fois quand ils le souhaitent, aux exécutifs de ces collectivités locales d'aller beaucoup plus loin dans un certain nombre de mises en place d'actions qui ont une visée, une résonnance politique. Cela fait l'écho aussi – et je modulerais quand même ce qu'a dit Thierry – au fait de savoir comment les élus vont s'en emparer : est-ce toujours par la focale du système de soins ? Je pense que les choses sont en train de changer. Il existe des dynamiques de projets depuis longtemps. Thierry l'a montré avec un Atelier Santé Ville. Les Ateliers Santé Ville ont été créés en 1999. Nous commençons à avoir une expérience avec ces ateliers qui se sont prolongés (ou cohabitent avec…) par les contrats locaux de santé. Nous commençons à avoir une véritable expertise de ce que peuvent produire des projets. Et j'ai personnellement été très intéressé par ce qu'a montré Thierry Lang parce que l'on voit – nous avions essayé de le faire au temps où j'étais à l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France, et je ne sais si cela a été poursuivi – qu'il y a un certain nombre d'actions qui se mettent en place, qui s'ancrent dans la dynamique locale. Le principal intérêt est que lorsque le projet est ancré dans la dynamique locale, il s'implante durablement. Et nous savons bien que la difficulté aussi bien au niveau national que local des dynamiques liées aux échéances électorales, c'est que quand il y a d'autres élus qui arrivent, cela fragilise tout le processus. Mais lorsque la dynamique est ancrée et que les populations et les professionnels le souhaitent, le revendiquent, je pense que nous avons plus de garanties que le projet va se prolonger.

Deux derniers points par rapport aux collectivités locales : c'est le fait que, en France, mais c'est probablement vrai ailleurs, les collectivités locales sont des lieux où s'expérimentent en continu les concepts et méthodes relatives au débat citoyen et à la participation. Elles ont un savoir-faire. Ce savoir-faire, quand il est mis au service de la santé, produit des résultats. Cette dynamique est présente à Rennes, mais elle existe également dans de nombreuses autres villes. Enfin, dernier point par rapport aux collectivités territoriales de proximité, c'est qu'elles ont un positionnement naturel comme lieu de rencontre et d'assemblage des politiques. C'est le lieu naturel où s'élaborent les politiques de transport, d'aménagement du territoire, d'environnement qui impactent les politiques de santé. Et cela est un élément à mon avis fondamental qu'il faut garder en tête. Je ne dis pas qu'il résout tout, mais il faut le garder en tête. Je souhaiterais le poser ici pour alimenter votre débat.

Tout ce qui a été montré précédemment me semble important pour montrer qu'en France, nous avons des inégalités de santé. Il y a certains

endroits où les inégalités de santé sont importantes, très importantes, cela a été largement démontré, notamment dans le document du Haut Conseil de Santé Publique avec un focus sur la mortalité évitable des hommes, en avançant des facteurs d'explication de cette mauvaise performance. Mais j'ai un exemple que je voudrais partager car je souhaiterais que nous puissions avoir une approche comparative du sujet. Quand j'étais à l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France, Claude Evin avait voulu que nous montrions géographiquement les inégalités de santé sur Paris. Nous avions donc utilisé une méthode, très frappante sur le plan de la communication et qui avait été utilisée dans d'autres pays : nous avions visualisé les inégalités de santé tout au long d'une ligne de métro. Nous avions montré que sur la ligne 12 du métro parisien, il y avait un écart d'espérance de vie qui était d'un peu plus de 4 ans. C'était dans les années 2012. Cet écart est important. Mais cette méthodologie a également été utilisée à Londres. Et à Londres, l'écart entre la station Oxford Circus et la station Vauxhall est de… 17 ans ! Pour essayer de comprendre cette différence, je suis baigné comme vous des évolutions politiques en Angleterre actuellement. Je suis allé voir le dernier film de Ken Loach et je rappelle que c'est le pays d'où vient Sir Michael Marmot qui est l'auteur du célèbre rapport de l'OMS sur les inégalités de santé. J'ai du mal à penser que l'Angleterre au jour d'aujourd'hui fait mieux que la France sur le sujet des inégalités. Je prends comme exemple l'Angleterre, car c'est souvent un pays avec lequel les comparaisons sont faites. De plus, c'est un pays qui avait, j'espère qu'il a encore, une capacité de recherche et d'expertise en santé publique très importante.

Je voulais donc insister sur les aspects positifs de notre système de santé. Je pense qu'il y en a et je déplore que, souvent, nous nous complaisons à être de l'autre côté du miroir.

Ceci posé, il y a un certain nombre de points sur lesquels nous avons encore des efforts à produire et il est important de les analyser et d'engager des actions.

Le premier élément que j'aimerais avancer, c'est l'incapacité de préciser et de faire évoluer les compétences territoriales et celles de l'État dans le domaine de la santé. En France, et je ne peux que le déplorer, nous n'avons pas joué le jeu des collectivités territoriales. Je trouve cela dommage parce que finalement, tout ce qui s'est fait pour promouvoir les compétences des collectivités territoriales a été restreint aux aspects d'hygiène publique élaborés au début des années 1900 ou dans le cadre des lois de décentralisation des années 1980. Je pense notamment à la PMI où les compétences territoriales sont affirmées. Mais pour le reste et notamment dans la loi de 2004, mais cela ne s'est pas démenti en 2009, ni dans la loi de 2016, le rôle des collectivités locales n'est pas clairement affiché. Je sais qu'un des points de blocage était relatif à une crainte de transfert financier. Je ne crois pas qu'une seule analyse sérieuse en santé publique ait été réalisée car toutes les compétences qui ont été décrites sur les déterminants de la santé, les collectivités territoriales l'ont déjà. Donc pourquoi ne l'avons-nous pas enchâssé dans les différentes lois qui ont été élaborées les unes après les autres ? Je me rappelle qu'au moment de l'élaboration de la loi de 2004, il y a eu une crise qui a eu des effets très délétères (et c'est probablement un enseignement important sur la manière dont se construisent les lois) : vous vous rappelez tous que l'année précédente, en 2003, s'est produit la crise estivale liée à la canicule. Avec pour conséquence un réflexe généralisé sur « c'est à l'État de faire », et comme conséquence le limogeage du ministre de la santé de l'époque. Je pense que cela a beaucoup contribué au fait que finalement, dans la loi de 2004, les collectivités territoriales ont été « oubliées » ou n'ont eu dans les instances qui ont été créées qu'un « strapontin ».

Deuxième point qui est lié au précédent, s'ajoute un enchevêtrement de compétences qui est à la fois entre l'État et les collectivités territoriales, mais entre les collectivités territoriales elles-mêmes. Et là, je ne sais pas ce que va donner la nouvelle structuration avec les grandes régions et les métropoles. Mais je ne suis pas certain qu'elle va éclaircir le paysage. Nous nous retrouvons actuellement avec des grandes régions qui vont probablement tenter d'imprimer leurs spécificités, y compris sur les aspects liés aux déterminants de santé. Nous avons toujours les départements qui sont maintenant confortés sur les compétences médico-sociales et sociales, et qui ont un rôle crucial pour ce qui concerne l'intervention sociale. Nous avons les métropoles qui se déploient et qui ont, en tout cas pour certaines d'entre elles, une volonté importante d'investir le champ de la santé. Nous avons enfin une dynamique au sein de communes ou de communautés de communes ou d'agglomérations. Donc comment tout cet enchevêtrement va interférer sur le plan de la santé ? Il y a un urgent besoin de clarification, mais il y a également besoin de clarification avec l'État à travers les Agences Régionales de Santé d'une part, les services du Préfet d'autre part, et notamment les directions en charge de la cohésion sociale. Toute cette intrication des compétences repose sur des fragiles équilibres entre des instances qui parfois travaillent ensemble, mais parfois se trouvent en situation de blocage.

Autre point, autre difficulté, ou plutôt situation qu'il faudrait mieux analyser dans une perspective comparative. Nous avons un modèle de représentation en France qui est très particulier, mais qui n'est pas stabilisé

parce qu'il y a à la fois des tendances historiques, qui existent depuis longtemps et de nouveaux contextes qui se développent. Ce qui existe depuis longtemps c'est le rôle de l'État, mais qui, toutefois, se déconcentre fortement depuis maintenant plus de 30 ans. Autre donnée historique, ce sont les élus. Mais nous voyons bien que les territoires géographiques dans lesquels ils interviennent sont en train de se modifier. Toutefois le rôle des élus a toujours été important en France, avec un espace politique d'action qui me semble assez spécifique.

Un autre mouvement, beaucoup plus récent, est le développement du rôle des usagers. Ce mouvement est très fort dans les pays anglo-saxons, mais à mon sens aussi parce qu'il n'y avait pas en regard le poids des élus locaux. Le rôle des usagers est en train de se développer. Ainsi, la récente loi de modernisation de notre système de santé institue une union nationale des associations dans le domaine de la santé et intègre des représentants des usagers dans de nombreux instituts ou agences. Ce mouvement est en marche depuis près de 20 ans en France, mais est encore très fragile par rapport à ce que l'on voit dans d'autres pays. Et la difficulté qui va surgir, ou qui est déjà présente, c'est comment cette nouvelle légitimité va se conjuguer avec les deux autres représentativités, celle de l'État et celle des élus.

Et il y en a une quatrième, qu'il ne faut pas oublier parce qu'elle porte également une autre forme de représentativité, c'est celle portée par les partenaires sociaux qui sont encore très présents en France dans un certain nombre de structures ; peut-être un peu moins présents dans les caisses d'assurance maladie depuis 2004. Et au-delà, il reste à concevoir la place que peuvent avoir des acteurs spécifiques de notre système : c'est tout le mouvement mutualiste.

Allons-nous être capables de transformer en France ces différentes légitimités pour proposer un modèle de démocratie en santé particulier ? Pourrons nous organiser ces contre-pouvoirs, signes d'une démocratie vivante ? C'est vraiment pour moi un sujet d'interrogation.

Il me reste deux derniers points, sur lesquels je vais passer rapidement.

Nous avons des expériences locales qui sont probablement très intéressantes, mais nous avons une très grande difficulté à diffuser les notions d'évaluation, mais aussi à développer la notion de transfert de connaissances. Nous ne sommes pas les seuls, car le transfert des connaissances est quelque chose de nouveau, y compris dans le monde scientifique. Mais je crois que nous avons des expériences prometteuses en France, à la fois sur les évaluations d'impact en santé ou sur la recherche interventionnelle. Mais pour conforter ce mouvement, il faut avoir des structures académiques et de recherche en santé publique fortes, ce qui nous manque énormément dans notre pays. C'est ce que nous essayons de développer, à l'EHESP, en partenariat avec les quelques équipes présentes en France. Mais quand nous nous comparons avec d'autres pays similaires, nous voyons bien qu'ils ont une force et une puissance en termes académiques et de recherche que nous n'avons pas. Autre point de fragilité, les actions de santé publique en France reposent très fortement sur un tissu associatif qui est très fragile. Et en période de tension, de crise, c'est souvent celui qui est le premier sous les coups de boutoir. Il est donc important de se poser la question suivante : devons-nous accepter que ce soit un tissu associatif qui soit en charge des actions de promotion de la santé ou de prévention ? Et, si oui, comment l'Etat et les collectivités locales doivent s'engager pour le consolider ? Car nous ne pouvons le faire qu'ensemble. Et si ce n'est pas le milieu associatif, qui le fait ? Dans d'autres pays, c'est la puissance publique. Au Québec, ce sont les structures professionnelles qui sont en première ligne.

Dernier point, sur lequel je n'ai pas voulu trop insister ici, mais qui reste fondamental : il faut faire le lien aussi avec le système de soins. Je suis conscient qu'aujourd'hui, dans le cadre de ce colloque nous sommes réunis plutôt pour parler des aspects des déterminants de la santé. Mais à mon sens, les deux sont vraiment liés. Et n'oublions pas que dans tous les pays, nous sommes dans une période dans laquelle le système de soins doit évoluer pour des raisons qui sont rappelées régulièrement : les maladies chroniques, le vieillissement, tout ce que l'on appelle la transition épidémiologique, démographique, etc. Nous avons besoin de modifier en profondeur ces mécanismes en silo qui finalement ne permettent pas d'avoir une vision intégrée de la capacité d'accompagnement et de soins pour les personnes. Nous appelons cela, y compris dans la loi, les parcours de soins, les parcours de santé, voire parcours de vie. Dans d'autres pays, on travaille beaucoup plus sur ce que l'on appelle les dispositifs de soins intégrés. Et certains pays proposent une orientation forte reposant sur les soins intégrés. Jusqu'à présent ce sont plutôt des petits pays, en termes de populations. C'est le Pays Basque qui a vraiment beaucoup travaillé là-dessus, qui est une communauté autonome. C'est l'Écosse qui travaille aussi sur ces sujets. Mais nous ne l'avons pas encore à grande échelle ; il y a un pays qui a essayé de le penser à grande échelle, ce sont les États-Unis avec la réforme Obama. Qu'est-ce que cela va donner ? Je ne parierais pas beaucoup de dollars américains là-dessus parce que je n'ai aucune idée de ce que va donner la réforme Obama Care maintenant, avec la nouvelle donne liée à l'élection de Donald Trump. Mais Il faut travailler

sur ces sujets qui sont des sujets de santé publique et qui intéressent tous les interlocuteurs, nationaux, régionaux ou locaux. Et il est nécessaire d'introduire une vision prospective sur les 10, 15 et 20 prochaines années.

Pour conclure, ce que je voudrais dire, c'est qu'à mon avis, il faut vraiment que l'on travaille sur tous les niveaux. Sans parler du niveau international ou européen. Mais en tous les cas, en France, je suis persuadé que le niveau national est un niveau qui doit impulser, qui doit donner du sens à une transformation. Et c'est ce que nous attendons à mon avis principalement du niveau national. Le niveau régional existe maintenant, c'est principalement un niveau de déconcentration. C'est là où les Agences Régionales de Santé, où les services du Préfet vont décliner les orientations nationales en fonction des réalités territoriales qui sont différentes, surtout dans les grandes régions que l'on a maintenant. Et puis, le niveau local doit d'abord être reconnu et soutenu, ce qu'il n'est pas suffisamment actuellement. Enfin, c'est le lieu d'articulations et de construction des actions auprès des populations et avec les populations. Et il faudra vraiment que cela soit un jour clairement reconnu.

Je vous remercie.

TEMPS D'ÉCHANGE/ QUESTIONS-RÉPONSES

Laurent El Ghozi

Merci Laurent de ces propos. Quand je t'ai fait cette commande, j'étais sûr de deux choses. La première c'est que tu ne répondrais pas à ma question et la deuxième, c'est que ce que tu dirais nous permettrait d'aller beaucoup plus loin dans notre réflexion. Je ne m'étais pas trompé. Merci donc.

Merci de cette vision qui nous permet de prendre de la hauteur par rapport à nous qui avons quand même le nez dans nos actions, dans nos populations, dans nos difficultés, dans nos financements, tout ce genre de choses dont nous ne sortons pas beaucoup.

Et finalement, en allant voir ce qui se passe ailleurs, je ne dis pas que cela rassure parce que 17 ans de différence d'espérance de vie sur une ligne de métro en Angleterre, ce n'est pas vraiment rassurant. Mais en tout cas, cela montre que ce que l'on fait en France a sommes toutes quelque efficacité, quelque intérêt.

Merci d'avoir souligné que les élus locaux en France ont finalement une mission beaucoup plus large qu'une mission gestionnaire et une mission finalement d'intérêt vis-à-vis de l'ensemble de la population dans toutes leurs difficultés. Quand nous disons responsable du bien-être de la population de son territoire, cela veut dire que cela englobe tout, de la santé de l'enfant à l'enterrement de la grand-mère en passant par le logement et le transport.

Sur cette question de l'ancrage durable des politiques que l'on conduit, « Élus, santé publique & territoires » a 11 ans aujourd'hui. Le Réseau des Villes-Santé OMS, 25 ans. Je suis également élu depuis 26 ans. Nous voyons qu'il y a des choses qui avancent. Nous voyons que les Ateliers Santé Ville ont incroyablement fait évoluer le paysage. Et en même temps, et tu le dis quand tu dis que les actions sont beaucoup portées par les associations, cela reste d'une fragilité… Une association perd 30 000 euros, ce n'est rien au niveau du budget national, régional, etc. Rien au niveau du budget de l'ARS sauf que toutes les actions s'arrêtent ; et nous avons beau avoir des actions que l'on essaie d'ancrer avec la population, avec des acteurs locaux qui vont être moteurs, qui vont aller réclamer, cela

reste quand même extrêmement fragile. Je citais ce matin tes propos dans *Préventive* où tu dis effectivement ce que tu as redit et sur lequel nous allons probablement nous appuyer pour nos recommandations auprès des candidats à la présidentielle : reconnaître le rôle des collectivités territoriales, comme porteur d'actions, comme assembleur, comme organisation des différentes politiques. Je pense qu'ici, nous sommes tous convaincus de cela, mais qu'il faut que l'on ait des réponses là-dessus et évidemment, aujourd'hui, en tout cas pour ma part, j'ai plus d'inquiétudes que d'espérance quant à l'avenir qui se profile.

C'est juste mon avis ; personne n'est obligé de le partager naturellement.

Y a-t-il des questions ou des demandes d'éclaircissement par rapport aux propos de Laurent que je remercie encore finalement d'avoir répondu à côté de ma question ?

Charlotte Marchandise

J'ai toujours un besoin en tant qu'élue - je ne suis pas une professionnelle de santé, je ne suis pas une chercheuse, je suis « juste » une élue, représentante de citoyens. J'ai eu la chance d'être extrêmement bien formée par les techniciens, par l'équipe Santé publique de la Ville de Rennes, par le réseau. Néanmoins, toujours remettre un peu le côté pragmatique et illustrer ce que l'on raconte par des choses concrètes, cela me paraît important effectivement.

Nous avons produit, au Réseau Villes-Santé - vous pouvez trouver sur le site la plaquette - une analyse des lois sur l'intercommunalité, les lois que tu citais, MAPTAM et NOTRe, impactant la santé. Et en même temps, qu'est-ce que cela nous raconte, qu'est-ce que cela veut dire « en vrai » sur notre travail au quotidien ? Nous ne savons pas toujours. Et puis, nous avons, avec Laurent et d'autres élus, beaucoup essayé d'insister sur la loi de santé, pour que les collectivités locales reprennent leur place dans l'exposé des motifs, cela a été fait, pour des choses fondamentales comme le parcours éducatif en santé. Je serai à la conférence jeudi à l'UNESCO et j'ai été prévenue que j'intervenais 15 jours à l'avance donc c'est aussi cela notre problème de relation à l'État, c'est comment nous impliquons des élus quand parfois nous sommes prévenus deux jours à l'avance d'une réunion. C'est compliqué. Et puis il y a le parcours, toute la question du sport santé sur ordonnance, qui est fondamentale. On sait qu'il faut mettre moins de médicaments, qu'en gros, il faut que les gens bougent. On le sait partout, c'est gagnant-gagnant, aussi sur la cohésion sociale, le lien à la ville, cela a été dans la loi. Sauf que derrière, il y a les décrets d'application. Et quand nous avons vu le décret d'application avec notamment Alexandre Feltz de Strasbourg, nous nous sommes dit que cela n'allait pas être possible. C'est-à-dire que c'était quelque chose qui ni pour les médecins généralistes de terrain ni pour les villes n'allait être jamais applicable. Ce n'était pas opérant. Et donc, nous avons râlé, nous avons dit : nous sommes 12 millions d'habitants, cela ne va pas marcher. Effectivement, nous avons pu, avec ce poids politique et l'expérience de terrain et l'expérience de toutes les villes qui ont mis en place des choses en partenariat avec des médecins, avec des éducateurs sportifs, avec les gens des villes, dire : non, nous devons changer les choses. Ce n'est pas possible, vous ne pouvez pas laisser quelque chose comme cela. Et nous avons été entendus. Et cela est plutôt aussi du côté des bonnes nouvelles.

La mauvaise nouvelle, c'est que le processus n'a pas été simple, il a fallu beaucoup râler, mais la bonne nouvelle, c'est que nous avons pu changer puisqu'au fond, l'idée n'est pas de savoir qui va pouvoir faire du sport santé sur ordonnance et quelle démarche très complexe va être là. L'idée est que tout le monde bouge. Et que l'on puisse le faire au niveau des villes. Donc pour moi, c'est typiquement le type d'action concrète ; les villes, les réseaux de ville vont chercher les bonnes pratiques et ce qui se passe en vrai sur le terrain et nous faisons remonter et nous essayons de faire en sorte que l'État nous donne les moyens de passer à l'échelle et les moyens de sortir de l'expérimentation. C'est bien, mais à un moment, il faut que l'on puisse, tout le monde, arrêter de faire des appels à projets pendant trois mois sur des trucs expérimentaux et plutôt avoir des dispositifs qui nous permettent d'agir. Typiquement, au lieu d'avoir des appels à projets innovants sur certaines politiques Vélo, si nous donnions des primes aux kilomètres de pistes cyclables sécurisées dans les villes. Je pense que nous irions plus vite et que ce serait moins du saupoudrage et plus du systématique sur des enjeux qui sont les nôtres.

Anne Milvoy,

Agence d'urbanisme et de développement intercommunal de l'agglomération rennaise (AUDIAR)

Bonjour à tous. Je suis écologue urbaniste. C'était pour apporter un peu de l'eau au moulin du côté urbanistique. Cela avance aussi de ce côté-là et je pense que les communes s'en emparent plus facilement que la santé parce que justement, c'est factuel. Il y a de nombreuses communes, notamment dans le Pays rennais que je connais mieux, qui ont fait appel à

des démarches participatives pour pouvoir justement mieux comprendre comment leur collectivité fonctionnait et comment nous pouvions rajouter un nouveau quartier ou faire du renouvellement urbain en favorisant les usages et le bien-être des gens qui étaient en place comme de ceux qu'ils devaient accueillir. Et le fait de mettre autour de la table des élus, des gestionnaires et des habitants, encore mieux de les amener sur le terrain, change du tout au tout la manière de concevoir la ville. Et quand je dis les élus, ce sont bien « des » élus, ce n'est pas l'élu à l'urbanisme. Donc, il faut que le Conseil municipal soit là pour que la transversalité se fasse et la santé, c'est juste de la transversalité. Une fois que l'on met les décideurs, les gestionnaires et les usagers autour de la table, après, c'est du bon sens. Les gens sont mis devant leurs contradictions et nous avançons, ce n'est pas nouveau. Cela fait 15-20 ans que nous faisons cela et ce que je voulais dire, c'est qu'il y a des outils pour le faire. Comme les AUE, je ne sais pas si vous connaissez : les Aménagements Urbanisme et Environnement prônés par l'ADEME, par exemple, qui était très environnemental au départ et qui, grâce aux outils qui ont pu être mis en place, notamment les ADDOU, les Approches Développement Durable dans les Opérations d'Urbanisme, ont pu apporter des orientations sur les modes de vie et sur les usages pour faire évoluer plus facilement les projets. Et les optimiser surtout. Quand nous réfléchissons en amont, nous passons un peu plus de temps, mais cela ne coûte pas beaucoup à la collectivité et on optimise énormément les projets, notamment par rapport à la santé.

Laurent El Ghozi

Merci de cet avis d'urbaniste qui va tout à fait dans le sens de ce que l'on essaie de faire. Je rappelle qu'en 2010, je crois, au Congrès de la Fédération Nationale des Agences d'Urbanisme à Bordeaux, où nous avions été invités avec Gérard Salem, c'était la première fois qu'ils invitaient des gens qui s'intéressent à la santé. Nous avions passé deux heures à nous parler pour essayer de comprendre ce que l'on disait quand on utilisait les mêmes mots. Donc nous voyons bien que cela a avancé et qu'il y a des nouveaux textes qui obligent à ce qu'il y ait un avis non seulement sur la qualité environnementale, mais également sur la santé dans les projets d'urbanisme. Tout cela se met en place, mais il faut du temps. D'autres questions ?

Madame, une deuxième ambassadrice et Jean-Luc Roeland après.

Une participante,

Ambassadrice santé de la ville de Lille

Bonjour tout le monde. Je voulais juste rebondir sur ce qui vient de se dire. À Lille, nous avons l'expérience justement pour la rénovation urbaine. Nous avons été sollicités, en tant qu'habitants, parce que nous avions remonté déjà avant l'information concernant les problèmes au niveau santé, logement, et c'est comme si nous avions pris les devants, mais juste après, nous avons eu une formation sur la qualité de l'air extérieur-intérieur. Nous avons été sollicités également pour recueillir nos avis en tant qu'habitants sur ce qui peut se faire au niveau de notre quartier. Nous avons demandé notre avis sur ce que nous souhaitons qu'il se fasse au niveau de notre quartier. Tous les habitants étaient mobilisés.

Nous avons participé à des rencontres de concertation habitants organisées par des cabinets d'études de la région Parisienne pour réfléchir au projet de la rénovation urbaine du quartier. Nous avons participé à des journées de formations sur le Bruit urbanisme et l'agriculture urbaine biologique. En tant qu'ambassadrices de la sante, nous avons sensibilisé et mobilisé un grand nombre d'habitants aux rencontres afin qu'ils puissent faire remonter leurs besoins et leurs attentes

Au sein du quartier où j'habite au Faubourg de Béthune à Lille, il y a des problèmes de condensation, d'humidité et d'isolation. Nous entendons pratiquement tout ce qui se passe chez le voisin.

Nous avons remonté cela aussi pour que ce soit pris en considération au niveau de la rénovation et les habitants espèrent. Le fait d'avoir demandé notre avis et de nous avoir concertés nous a mis en confiance en tenant compte de nos propositions.

Laurent El Ghozi

Merci, cela témoigne que les habitants ont des opinions, que ce sont eux qui vivent dans les immeubles. Ce ne sont ni les architectes, ni les promoteurs, ni les élus. S'ils ne sont pas entendus, nous ferons souvent n'importe quoi. Le tout est de ne pas décevoir.

Charlotte Marchandise

En complémentarité, je sais que les gens de Brest sont là aussi, ils ont beaucoup travaillé sur la rénovation urbaine avec les habitants et la qualité

des logements et sur les pauses, n'hésitez pas à vous identifier. C'est l'étape d'après : comment capitaliser sur les expériences des uns et des autres en échangeant et en allant plus loin.

Jean-Luc Roelandt,

directeur du Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale, Lille

J'avais une question pour Laurent Chambaud. Nous voyons bien qu'en France, par rapport à l'international en particulier, il y a une sorte de mouvement assez original qui n'existe pas ailleurs, qui relie les élus locaux, les habitants, les citoyens, les professionnels et les divers secteurs au niveau des communes. Nous l'avons vu dans les Ateliers Santé Ville, nous le voyons dans les Conseils Locaux de Santé Mentale. Ce sont des aventures françaises qui mériteraient d'être connues à l'étranger parce qu'elles n'existent pas ailleurs. La question que je pose, c'est pourquoi une telle méfiance de l'État vis-à-vis des élus locaux ?

Laurent Chambaud

Il n'y a pas une personne en sciences politiques dans la salle ? Je n'ai pas de réponse à cela. Et puis je crois que c'est un sujet qui est, me semble-t-il, compliqué. D'abord, il y a quand même plusieurs strates d'élus locaux qui sont pour certains dans des dynamiques qui sont nouvelles pour la France. On connaît depuis longtemps le maire de la commune, mais le conseil régional existe depuis 45-50 ans. Les collectivités départementales sont en interrogation très souvent, y compris à un moment donné nous pensions qu'elles allaient disparaître. Je ne suis pas un politologue donc je serais assez prudent là-dessus, mais le rôle de l'État en France a été présent depuis tout le temps. Et il ne représente pas uniquement pour le coup une originalité française, mais c'était une originalité du bassin méditerranéen dans lequel la France était impliquée. Tout cela participe de notre histoire et fait en sorte que l'État a toujours été un élément très fort, très présent. C'est aussi un débat que l'on doit avoir dans notre pays. C'est quelque chose que je pense profondément, c'est que les éléments qui sont propres à l'évolution de la santé, du système de santé ne peuvent pas à mon sens être complètement déconnectés de la perception que l'on a de l'ensemble de la société. On ne peut pas avoir, par exemple, une décentralisation très forte dans le domaine de la santé si par ailleurs le reste est très déconcentré. Il y a pour le coup une expérience que j'ai vécue au Québec sur le sujet, où à un moment donné, c'était quelqu'un que j'aime beaucoup et que j'admire qui est un ancien Ministre de la Santé, Jean Rochon, qui a voulu, dans le domaine de la santé, faire une décentralisation au niveau des régions du Québec. Il a voulu complètement décentraliser le système de santé avec à l'époque des Centres Régionaux de la Santé et des services sociaux qui étaient avec un conseil d'administration complètement autonome, avec une majorité de citoyens. Il a échoué parce que le reste du système n'était pas organisé ainsi. Il a dû également revoir sa proposition par rapport aux déterminants de la santé, et cette réforme s'est retrouvée piégée face à l'expression de lobbies extrêmement forts qui prenaient un pouvoir qui n'avait pas du tout été pensé. Par exemple, dans une des régies qui était celle de Montréal, il y a eu des pressions très fortes de lobbies communautaires très influents.

Ce que je veux dire également, c'est que s'il pouvait y avoir des laboratoires de recherche qui travaillent et publient sur ces sujets-là ce serait très positif, car nos expériences ne sont pas connues au-delà de nos frontières. C'est profondément dommage, car c'est lié à notre mauvaise connaissance de la langue anglaise, alors que les connaissances scientifiques se véhiculent à travers la langue anglaise. Ainsi, les originalités de ce qui se fait en France sont peu diffusées, nous avons très peu de capacité de pénétration dans le monde international en termes de recherche.

Patrick Padovani,

Adjoint au maire, Santé, Hygiène, Toxicomanie, Sida et Handicap, Ville de Marseille

Une réflexion, et d'abord bravo pour votre éclaircissement pour nous, élus locaux, et je crois que la position des élus locaux n'est vraiment pas gagnée, comme le dit Laurent et comme le dit Charlotte, parce que quand on voit encore les derniers textes qui sont sortis, nous avons l'impression de déshabiller Paul pour habiller Jacques, c'est-à-dire que l'on donne beaucoup plus de démocratie sanitaire participative à la population, mais on en enlève aux élus. On peut le comprendre aussi, mais par exemple, quand nous voyons la composition des conseils territoriaux de santé, sur les 56 acteurs qui sont présents, il y a 4 élus de représentants de territoires, c'est bien peu. Il est normal de laisser la place aux usagers et aux professionnels de santé. Mais pour coordonner les politiques en place, nous avons besoin d'acteurs politiques de terrain très engagés et reconnus, disposant des moyens de leur engagement. Cela est d'autant plus important que les réponses sont multiples dans le cadre de la santé et qu'elles doivent s'articuler autour de l'approche anglo saxonne de la prise

en charge entre le soin (the cure) et le prendre soin (the care). Je pense que le soin est financièrement accompagné par l'État sur des projets trop souvent déclinés à l'état du pays en général et pas suffisamment en tenant compte des problématiques locales que sont les inégalités territoriales de santé. Si cette forme de décentralisation de la réflexion existait un peu plus, la place des acteurs politiques de santé et de proximité n'en serait que renforcée. Et je crois qu'aujourd'hui, la frilosité des hautes instances vient du fait que si ces acteurs que nous sommes dans la proximité et qui vivons la vraie vie, avons des messages à faire passer, peut-être que ces messages sont difficiles à construire en hauts lieux par des gens qui sont effectivement sortis de l'ENA ou d'ailleurs et qui ne connaissent que certaines choses un peu plus feutrées. Je crois que lorsque nous aurons également tranché cette différence entre ces deux façons d'être, le soin et le prendre soin, qui sont deux axes complémentaires et différents dans lesquels, je le répète, les acteurs locaux sont très impliqués, nous pourrions supposer alors que les financements qui sont aujourd'hui distribués presque exclusivement par les ARS dans le cadre surtout du sanitaire et du soin, pourraient également participer à la construction de la réponse médico-sociale. Mais en regardant l'évolution de la loi de Marisol Touraine, on voit qu'un certain nombre de lobbies ont réussi à imposer leur vision administrative, économique et hospitalo-centrée ou au détriment du médico-social, de l'ambulatoire et de la médecine de proximité.

Laurent El Ghozi

Sur la question de Jean-Luc Roelandt, par rapport à la décentralisation de la santé ou le rôle des collectivités, nous sommes dans un État qui est jacobin et qui est un vieil État centralisé, qui n'a rien à voir avec l'Italie, l'Allemagne, probablement même l'Espagne. C'est notre histoire, c'est comme cela. Deuxièmement, nous avons plaidé, « Elus, santé publique & territoires » auprès de Marylise Lebranchu, de Marisol Touraine, de Jean-Marc Ayrault pour que la santé soit, en tout cas, c'est comme cela que nous le disions, une compétence partagée entre l'État et les collectivités locales. Compétence partagée ne veut pas dire décentralisation. Je serai extrêmement inquiet le jour où on décentralisera la santé, où on fera des ORDAM – l'ONDAM, c'est Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie –, donc où nous ferons des Objectifs Régionaux de Dépense d'Assurance Maladie, et où finalement les baronnies locales prendront la main, prendront le pouvoir et où on créera encore plus d'inégalités territoriales.

Nous pouvons critiquer l'État et les ARS. Il n'empêche qu'elles essaient un, d'assurer au minimum l'égalité et deux, de réduire les inégalités.

Les élus ne feront pas cela. Je le sais. Je sais que si nous avions la main sur la santé, nous ferions beaucoup plus à Nanterre que dans les villes voisines que je ne citerai pas et nous fabriquerions encore plus d'inégalités. Donc c'est compliqué et je ne pense pas que nous puissions dire qu'il faut décentraliser la santé. Par contre, que l'on favorise des dispositifs de type CLSM, que l'on finance des dispositifs ASV, bien sûr. Et puis ce n'est pas un hasard, d'ailleurs, si cela fait partie de la Politique de la Ville et non de la Politique de Santé. Cela fait partie d'une politique de réduction des inégalités sur les territoires en faveur des populations qui cumulent les handicaps. L'ancrage de la santé dans les territoires vient de là.

Que nous ayons cette logique-là sous la responsabilité de l'État, théoriquement garant de l'égalité de tous sur le territoire, oui. Que nous ayons une décentralisation, je pense que ce serait plus dangereux qu'autre chose. Il ne viendrait à l'idée de personne de dire que l'Éducation nationale doit être décentralisée aux mains des maires.

C'est uniquement ma réponse, sachant les dangers que les élus peuvent faire courir à l'égalité et à la démocratie paradoxalement, ce qui peut plaider contre notre cause. Mais cela n'empêche pas de continuer à plaider aussi pour que la santé devienne une compétence partagée entre les collectivités locales et les villes, dans un cadre contractualisé et avec une gouvernance partagée.

Merci à vous deux, merci de ce temps d'échange et de réflexion, surtout, qui ouvre des portes et nous permettra de continuer.

ÉTAT DES LIEUX LOCAL :

Réalités des services de santé dans les collectivités

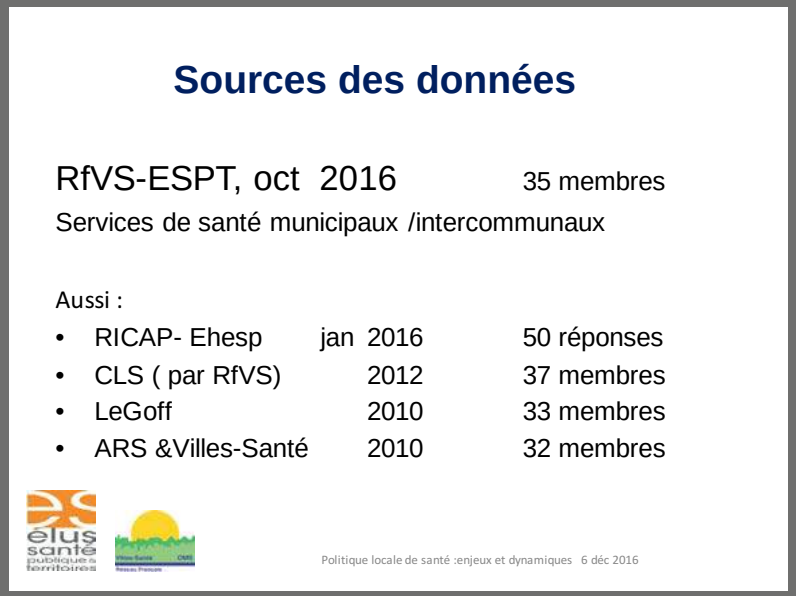
Premiers résultats de l'enquête auprès des membres de nos associations

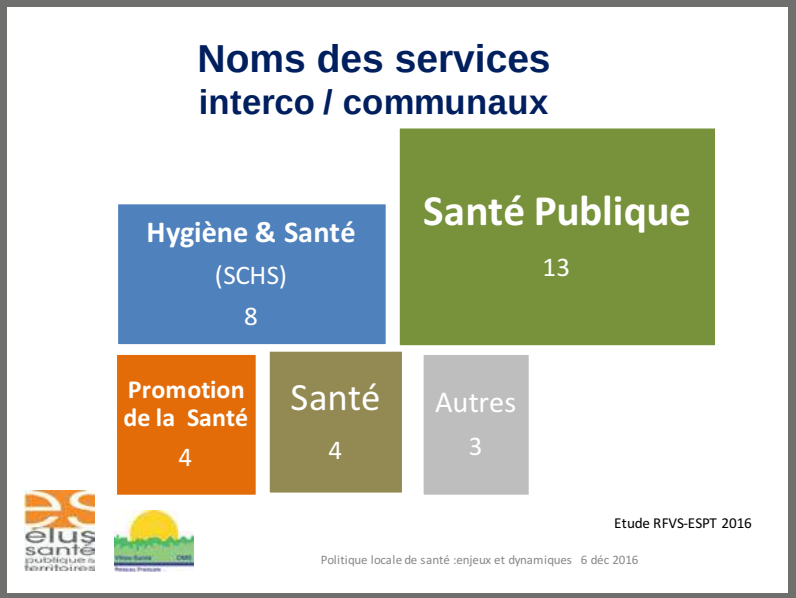
Zoé Héritage,
Directrice du Réseau français des Villes-Santé de l'OMS

Bonjour à tout le monde. Je vais essayer de présenter rapidement les premiers résultats d'une étude que l'on vient d'effectuer dans nos deux réseaux : le réseau Villes-Santé et ESPT. L'étude donc concerne uniquement les collectivités locales. C'était envoyé aux 110 communes et intercommunalités et nous avons reçu 35 réponses. Le questionnaire portait sur un état des lieux sur les services et comment ces services sont organisés.

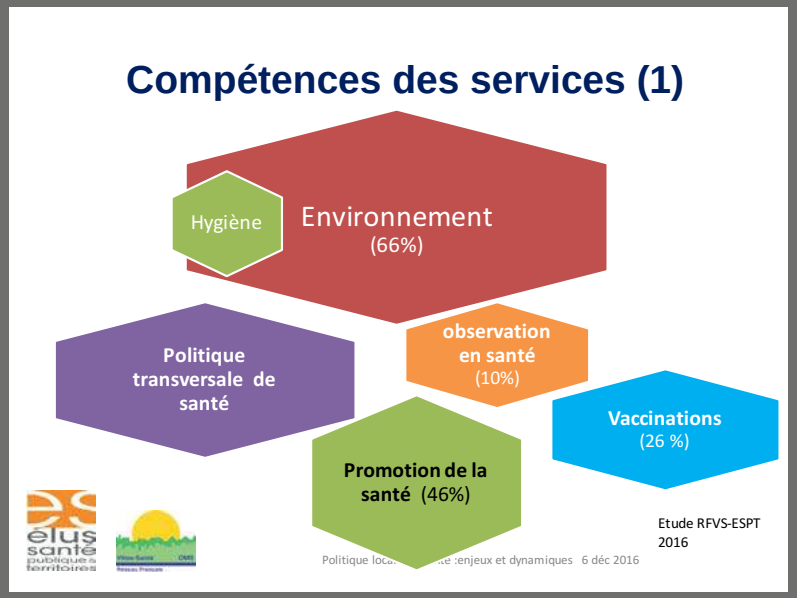
Je vais parfois comparer les résultats de cette enquête à certaines études réalisées en amont. Nous avons notamment l'étude de RICAP réalisée par l'École des Hautes Études en Santé Publique et je salue Antony Lacouture qui est dans la salle. Cette étude a été envoyée aux deux réseaux au début de cette année. Egalement, je vais citer une autre étude qui « focus » sur des CLS en 2012 et deux autres en 2010, mais nous verrons cela plus tard.

La première question était très facile. Il s'agissait du nom de votre service communal ou intercommunal et nous voyons qu'un tiers des réponses (13/35) portent le nom de Santé publique. Soit un service municipal, soit une mission, soit une direction de Santé publique. 4 parmi ces 13 ont lié « Santé publique » avec le mot « handicap » - à Marseille, Rennes, Thionville et Roubaix. Le titre du service à Grenoble est plutôt « Santé publique et Santé environnementale ». Ensuite, le mot dans le titre qui revient le plus souvent est « Hygiène », plus souvent sur le titre plus traditionnel pour certains qui est les « Services Communaux d'Hygiène et de Santé » et vous voyez que 8 préfèrent cette appellation. Quatre services affichent le titre « Promotion de la santé » donc Brest, Saint Quentin en Yvelines, Bordeaux et plutôt « Promotion de la santé et la personne » à Strasbourg.





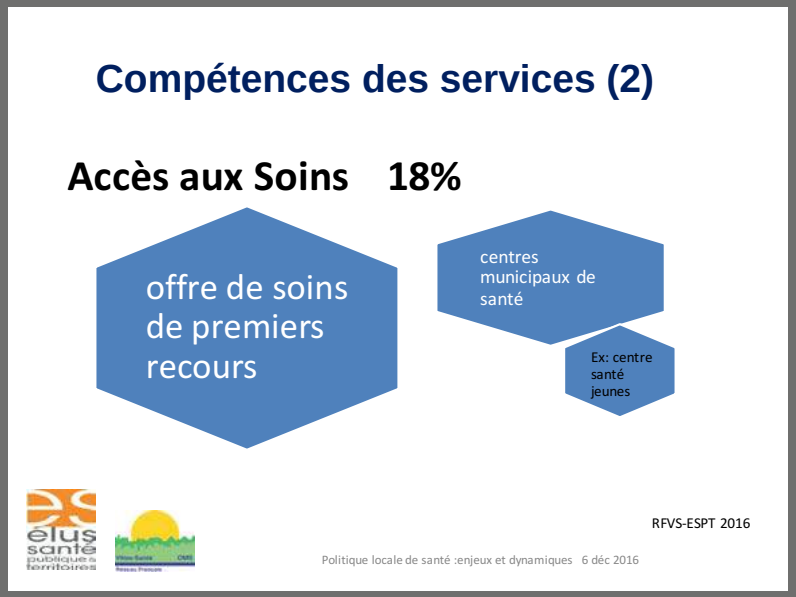
Pour 4 villes, le service s'appelle « Santé », tout court - plutôt les villes qui disposent d'un ou plusieurs Centres Municipaux de Santé. Trois ont d'autres titres et les trois plus petites villes : les villes de moins de 20 000 habitants qui n'ont pas de service santé du tout, mais quelques personnes qui ont une fonction autour de la promotion de la santé essentiellement dans le CCAS.



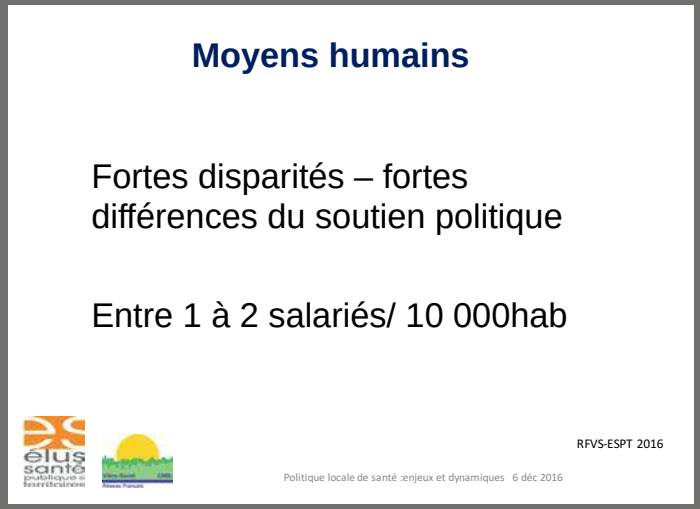
La deuxième question portait sur les compétences des services. Cela était un peu plus flou, car comme c'était en libre réponse, certains n'ont pas fait le tour de toutes leurs compétences.

Nous remarquons que 2/3, 66 % parlent d'une compétence liée à l'environnement. Soit : la lutte contre les moustiques, davantage dans les villes du sud, la qualité de l'air, un peu partout en France. Aussi, cette compétence est souvent liée avec les compétences régaliennes autour de l'hygiène. Nous remarquons que 10 % parlent de l'observation en santé. ¼ ont des services de vaccination. Pour la moitié, « Promotion de la santé, éducation et prévention » est une compétence clé de leur service. Nous avons eu un peu moins de la moitié des répondants qui parlait de la politique transversale en santé. Nous pensons que c'est en sous-représentation.

Par rapport à l'accès aux soins, 1/5 parlait de la fonction de leur service qui est de faciliter l'accès aux soins. Et surtout, c'était l'offre de soins de premier recours, notamment de faciliter ou même d'être propriétaire d'une maison de santé pluriprofessionnelle. Trois villes en Ile-de-France, Saint Denis, Montreuil et Évry, ont des Centres Municipaux de Santé. Valence a un centre de santé des jeunes.



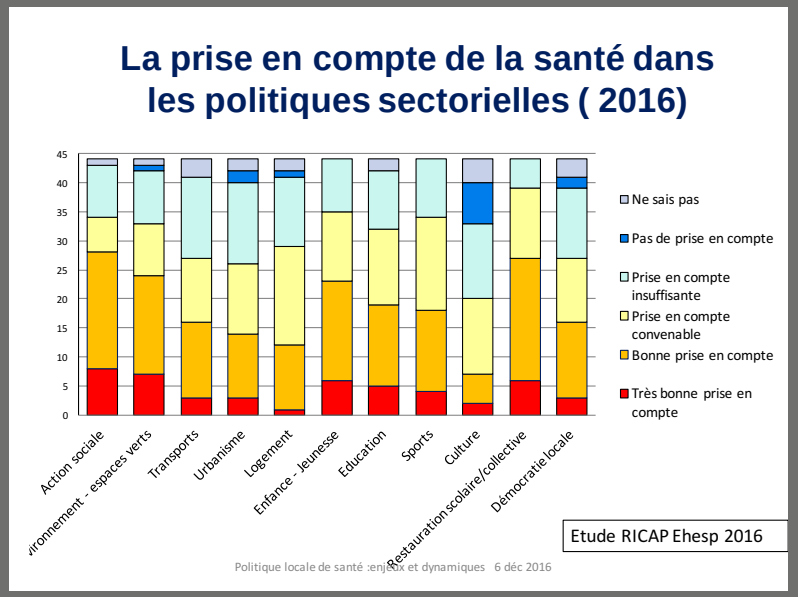
Maintenant, sur les moyens humains, les salariés. Il faut avoir une équipe pour faire tout ce travail !



Nous voyons vraiment de très fortes disparités entre les villes qui ont répondu. Certaines villes arrivent mieux que d'autres à défendre ou investir plus dans leur service « Santé, santé publique ». Si je vous dis que les plus grandes villes ont des plus grandes équipes, c'est un peu une évidence, mais si on fait un calcul pour 10 000 habitants, en moyenne nous constatons 1,6 « équivalent temps plein » (ETP) pour 10 000 habitants. Donc, si vous avez moins d'un salarié équivalent temps plein pour 10 000 habitants, vous êtes assez mal loti et vous avez peut-être une charge de travail plus importante que vos collègues dans la ville voisine ! Si vous êtes entre 1 et 2 ETP, vous êtes dans les normes et pour les villes qui ont environ 2 salariés pour 10 000 habitants, voire davantage, il est probable que vous avez un service de santé scolaire. Ces villes qui ont gardé cette compétence ont généralement des équipes plus importantes que les autres.

J'ai volontairement mis à côté, dans mon calcul, les 3 villes dont j'avais parlé en Ile-de-France, qui ont des Centres Municipaux de Santé parce qu'elles ont beaucoup plus de salariés. En moyenne, ils disposent de 10 salariés pour 10 000 habitants du fait des emplois liés à ces centres.

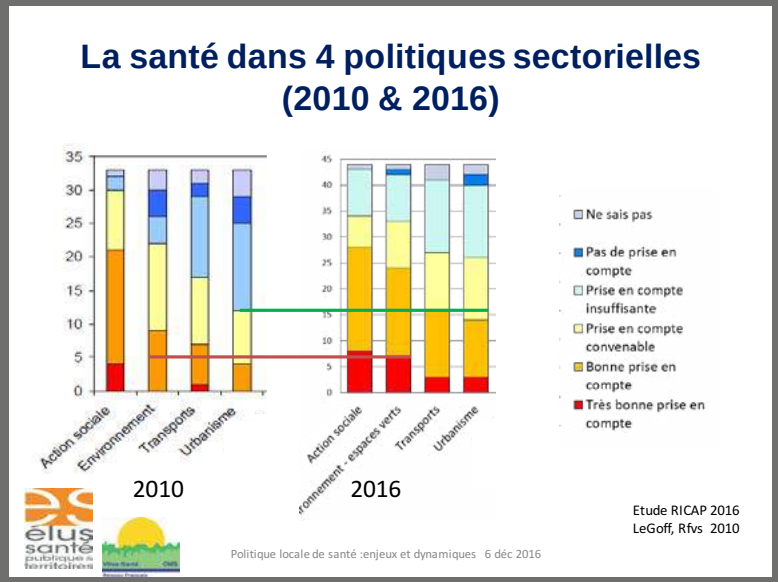
Je vais maintenant utiliser des données dont nous disposions de l'étude effectuée en début d'année par l'EHESP. Nous avions demandé si la santé était bien prise en compte dans les différentes politiques que vous voyez ici : action sociale, transport, etc.



Vous voyez que ce qui est en rouge, par exemple la restauration scolaire, il y a une très bonne prise en compte de la santé dans la politique de la restauration scolaire. Ce qui est en orange est correct, en jaune la prise en compte de la politique est convenable. Ce qui est en bleu foncé ne convient pas. Le petit bloc bleu clair en haut, est pour les personnes qui ont répondu « je ne sais pas ». Evidemment, nous voulons éviter ces gros blocs de bleu foncé. Et vous voyez que c'est un peu disparate, mais quand

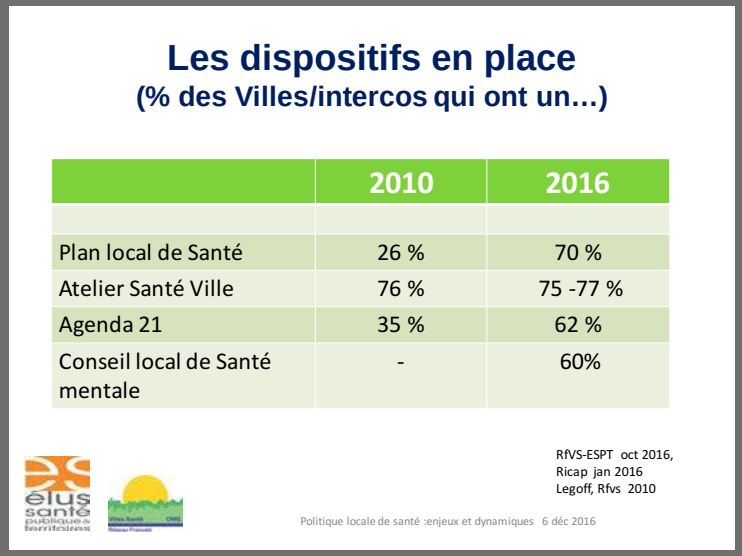
même, il y a par exemple l'action sociale où nous remarquons que la majorité des villes estiment que c'est très bien ou bien de prendre en compte la santé dans la politique de l'action sociale. C'est tout à fait correct avec Jeunesse et Enfance ici aussi et la restauration scolaire. Nous avons plus de mal, paraît-il, à travailler avec les personnes de la culture, peut-être il est plus compliqué de trouver le lien entre la politique de la santé et la politique culturelle.

Je voulais surtout vous montrer la différence par rapport à 2010.



Nous constatons une forte augmentation. Nous l'avons entendu ce matin ; nous disposons de chiffres qui montrent l'augmentation du travail en transversalité entre certains secteurs. Vous constaterez que pour l'action sociale qui était déjà assez élevée, à peu près 2/3 des villes pensent qu'il y a une bonne prise en compte de la santé dans la politique de l'action sociale. L'environnement et le transport sont aussi des thématiques en augmentation, et surtout l'urbanisme. Donc, en résumé, le travail en transversalité avec d'autres secteurs va dans le bon sens.

Quels sont les dispositifs mis en place dans les villes ?



Les dispositifs en place
(% des Villes/intercos qui ont un…)

	2010	2016
Plan local de Santé	26 %	70 %
Atelier Santé Ville	76 %	75 -77 %
Agenda 21	35 %	62 %
Conseil local de Santé mentale	-	60%

RfVS-ESPT oct 2016,
Ricap jan 2016
Legoff, Rfvs 2010

Politique locale de santé :enjeux et dynamiques 6 déc 2016

Il s'agit de comparer les deux études faites en 2016 et 2010, et nous remarquons une augmentation importante du pourcentage de certains dispositifs (CLS, CLSM, …). Si on regarde le Plan local de santé, il n'y avait que 26 % en 2010 et maintenant 70 % des villes qui ont un Plan en place. Pour les Ateliers Santé Ville, parmi les gens qui ont répondu, on observe le même nombre en 2010 et 2016. C'est presque étonnant, car nous savons que le financement pour certains ASV était incertain. Nous avons eu des débats au sein du Réseau, il y a 2 – 3 ans, pour savoir si les Ateliers Santé Ville pourraient continuer. Il semblerait qu'ils le soient pour le moment. Nous remarquons qu'il y a presque deux fois plus de villes qui ont un agenda 21 aujourd'hui par rapport à 2010. L'idée du Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) était si peu connue en 2010

que nous n'avions même pas posé la question alors. Vous constatez aujourd'hui que nous sommes à 60 % des répondants qui disent que oui, ils ont un CLSM bien en place.

En introduction de la table ronde qui suit cette présentation, en 2010, nous avions élaboré un questionnaire qui avait comme focus le lien entre les collectivités et les nouvelles Agences Régionales de Santé (ARS). Nous avons posé la question : « Où en êtes-vous par rapport à un CLS ? » parce que c'est un peu le début de la discussion.

Contrats Locaux de Santé en place

	2010	2012	Jan 2016	Oct 2016
C L S	-	5% signés, 73% en cours	84 %	86%

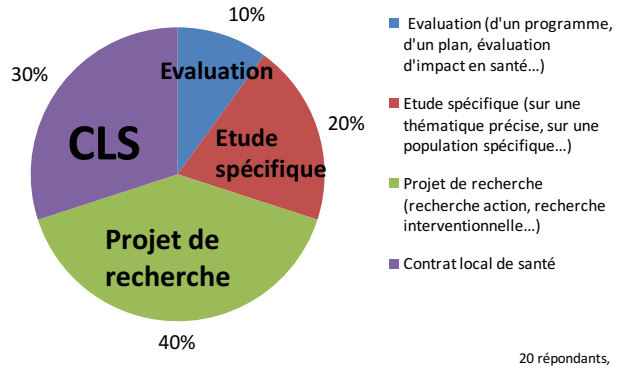
RfVS-ESPT oct 2016,
RICAP jan 2016
Rfvs 2010 & 2012

Politique locale de santé :enjeux et dynamiques 6 déc 2016

Parmi les villes qui ont répondu en 2010, personne n'avait signé un CLS mais 2/3 étaient très intéressés cependant. Deux ans plus tard, en 2012, nous constatons que 5 % ont signé et presque les ¾ étaient en cours, en préparation. Et vous notez le pourcentage à 85 % cette année. La plupart des villes ont maintenant signé un CLS.

L'étude RICAP a posé la question : « Avez-vous des projets qui impliquent les chercheurs ? ». 20 personnes ont répondu, parmi lesquelles 30 % ont dit que cette recherche concerne les CLS spécifiquement.

Nature du projet impliquant des chercheurs



20 répondants,
RICAP 2016

Politique locale de santé :enjeux et dynamiques 6 déc 2016

En conclusion, nous voyons l'importance de la volonté politique pour garder les services de santé. Il y a une très forte disparité aujourd'hui. Le rôle de l'élu est essentiel pour garder ce service. On observe qu'il y a plus de travail en transversalité. Nous avons des chiffres entre 2010 et 2016 : nous notons une augmentation. « Mettre la santé dans toutes le politiques » n'est pas juste une jolie phrase, c'est quelque chose que nous arrivons à faire. Nous remarquons également une normalisation des CLS depuis 4 ans. Ils sont devenus l'instrument clé dans quasiment la totalité des villes, en tout cas dans les villes membres du Réseau. Par contre, à l'échelle nationale, il y a un manque de visibilité parfois à l'échelle des collectivités locales, peut-être en partie lié avec notamment les noms des services différents. C'est peut-être quelque chose que nous ne pouvons pas changer, mais je vous signale que si nous avions plus de similarités entre les noms, cela nous aiderait à porter la parole des services municipaux/intercommunaux de Santé publique.

Conclusion

- Importance de la volonté politique locale
- Davantage de travail en transversalité
- Normalisation des CLS depuis 4 ans

- Manque de lisibilité à l'échelle nationale avec des organisations et des noms de services si différents

Politique locale de santé :enjeux et dynamiques 6 déc 2016

Je vous remercie beaucoup.

CONFÉRENCES CONTRAT LOCAL DE SANTÉ : UN CADRE ADAPTABLE DE GOUVERNANCE LOCALE

Charlotte Marchandise

L'idée de l'après-midi était d'avoir des présentations des spécificités de CLS. Nous n'allons pas faire de présentation exhaustive des CLS, car cela prend toujours du temps, on redit qui a été mobilisé, comment nous avons fait, etc. C'est important, mais au fond, chaque territoire a ses spécificités : comment avons-nous commencé à nous rencontrer, à faire alliance, et surtout, quels ont été les points d'entrée, les stratégies, qu'elles soient techniques ou politiques, qui ont donné une petite saveur particulière, une force en plus ?

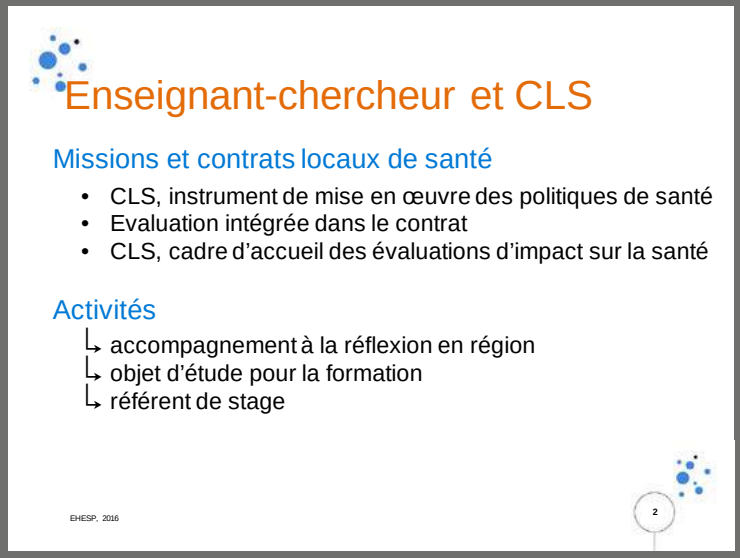
Nous avons invité plusieurs personnes à nous présenter un point spécifique très rapidement. Cela a été aussi la commande : c'était 5 à 8 minutes pour aller dans quelque chose d'assez interactif. Avoir du temps d'échange et de questions et ensuite, pouvoir travailler ensemble à des recommandations et échanger sur les stratégies. Ce sont les spécificités de chaque territoire qui ont fait que l'on a développé une partie ou l'autre. On me dit souvent que j'ai de la chance, car à Rennes, il y a l'École des Hautes Études en Santé Publique. Je vous l'annonce : en fait, ils ne travaillent pas que sur Rennes, ils se déplacent et c'est formidable. Donc c'est le moment de s'approprier ces outils-là. C'est quelque chose de très dynamique.

Je vais laisser Françoise commencer puis je répondrai peut-être en tant qu'Élue à la Ville de Rennes également.

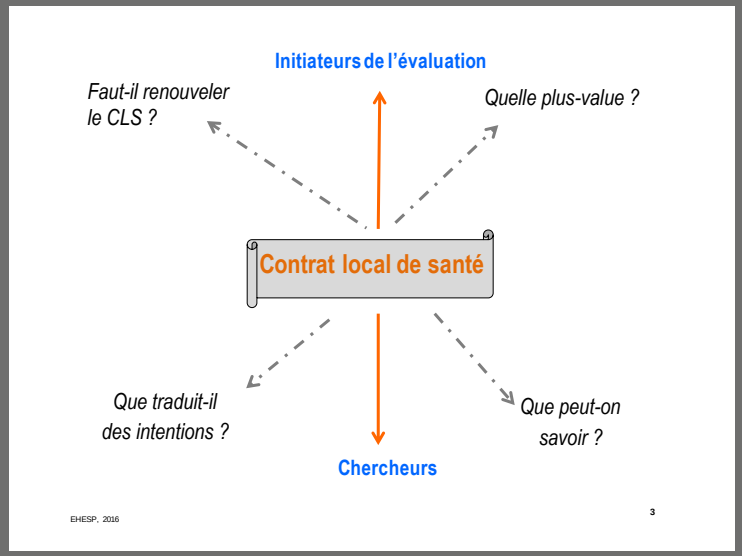
ACCOMPAGNER LA RÉFLEXION : le rôle des chercheurs dans la coopération avec une collectivité

Françoise Jabot,
Professeure de santé publique, EHESP

Bonjour à toutes et à tous. Très rapidement… Je ne vais pas faire une présentation académique. Nous n'avons pas produit de recherche spécifique sur ce dont je vais parler, mais plutôt faire état de la mise en œuvre pratique de la collaboration entre chercheurs, je dirais même plus, enseignants-chercheurs et des collectivités sur les contrats locaux de santé.

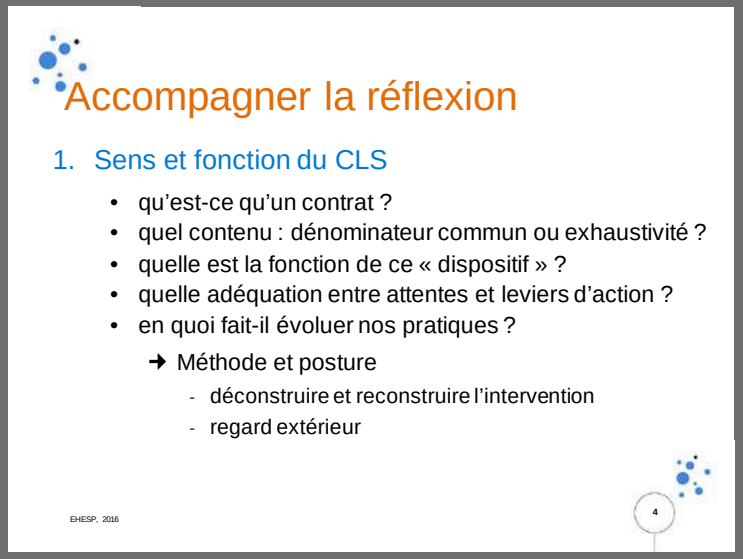


Je suis enseignant chercheur à l'École des Hautes Études en Santé Publique et je travaille sur trois thèmes principalement : l'évaluation, les politiques locales de santé, les évaluations d'impact sur la santé de politiques qui ne sont pas la santé. Donc, cela fait trois bonnes raisons de s'intéresser aux contrats locaux de santé parce que ce sont des instruments de mise en œuvre de politique locale. L'évaluation est intégrée dans les contrats signés et c'est aussi un cadre d'accueil pour les évaluations d'impact sur la santé. Mes activités dans ce domaine s'expriment de trois façons : en accompagnant des régions, des collectivités ou des institutions à lancer des évaluations ou au cours de leur évaluation ; en utilisant les contrats locaux de santé en cours comme objets d'étude dans le cadre de formations aussi bien professionnelles qu'académiques et enfin, en supervisant des étudiants qui font des stages et travaillent sur ces questions-là.



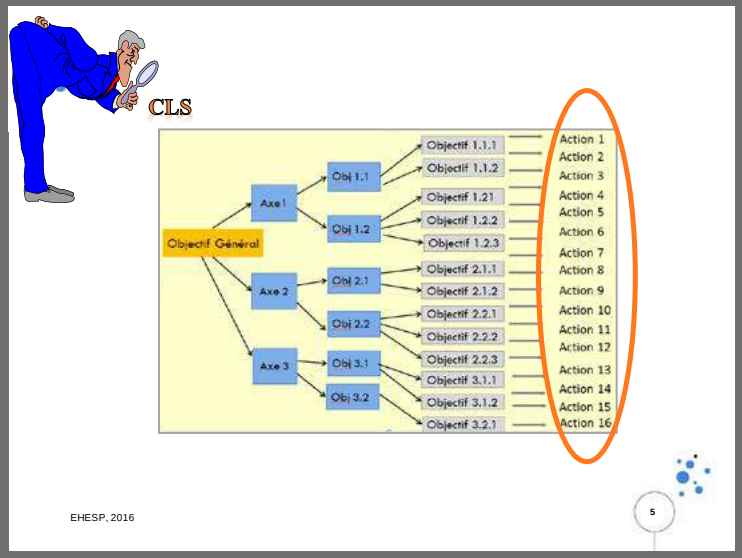
Vous avez compris, je rentre principalement par la porte « évaluation ». Donc s'agissant d'un contrat local de santé du point de vue des initiateurs, il y a deux questions : est-ce qu'il faut renouveler le contrat local et quelle est sa plus-value. Ce sont les questions majeures, il y en a d'autres bien sûr. Du côté des chercheurs, nous allons regarder l'objet CLS et nous

poser la question de décrypter les intentions qu'il peut y avoir derrière. Il y a ce que l'on veut savoir, mais également ce que l'on peut savoir. Donc, qu'amenons-nous dans la réflexion ? Premièrement à s'interroger sur le sens et la fonction du CLS. Nous allons faire émerger un certain nombre de questions. Vous allez me dire : oui, mais nous ne vous avons pas attendue pour nous poser les questions, mais nous allons les creuser.



Qu'est-ce qu'un contrat local de santé ? Il y a bien une littérature existante sur ce que c'est, à quoi cela sert, etc. mais, sommes-nous face à un contrat local de santé ou à un programme local de santé. Est-ce tout à fait la même chose ? Quel contenu mettre dedans ? Nous travaillons avec un autre partenaire quand nous sommes une collectivité, c'est l'agence régionale de santé. Est-ce un dénominateur commun entre les deux ? Vous allez me dire oui, mais lequel ? Est-ce que l'on vise l'exhaustivité, est-ce que ce sont des priorités en termes de population, de territoire, de thématiques ? Quelle est la fonction de ce dispositif ? J'ai noté « dispositif » parce qu'il faut répondre à la question du contrat, du programme, du mini programme. Est-ce un dispositif de coordination ou uniquement de contractualisation, de communication, de construction d'une intelligence collective sur les politiques locales de santé ? Quelle est l'adéquation qu'il peut y avoir entre les ambitions que l'on a derrière ce contrat et les moyens que l'on se donne, qui sont mis à disposition pour satisfaire ces attentes ? En quoi il fait évoluer les pratiques, etc ? Il y a bien d'autres questions encore. Nous amenons à la fois de la méthode pour déconstruire et reconstruire, pour vraiment aller creuser au fond des choses et puis une posture externe.

Un contrat local de santé, grosso modo, cela ressemble à cela. J'en ai regardé un certain nombre.



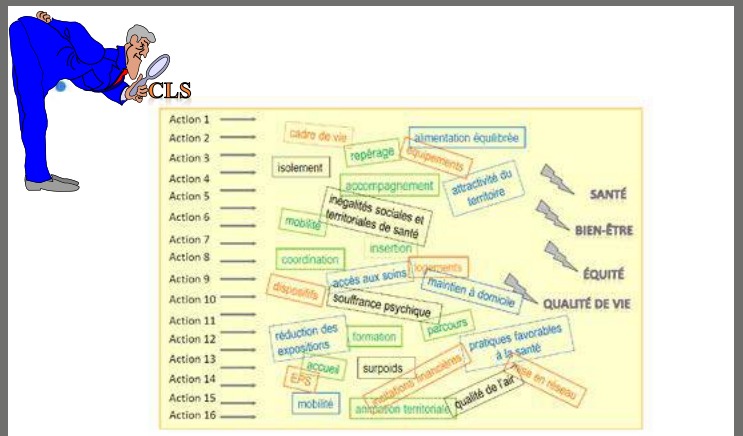
Il y a des axes : il y en a deux, trois, un certain nombre. Il y a des objectifs qui partent encore en arborescence et puis après, nous avons toute une série d'actions et après, nous regardons « contrat local de santé », nous devons l'évaluer. Nous avons toutes ces actions : nous en avons 43, 56, 62.

Que faisons-nous avec cela ? Que peut-on dire une fois que l'on a regardé toutes les actions ?

Nous amenons à décentrer un peu, à prendre un peu de recul. Peut-être est-ce insuffisant de regarder le contrat comme une addition d'actions les unes à côté des autres et nous allons le regarder comme un objet global après avoir répondu ou apporté des éléments de réponse sur les questions que j'ai préalablement exposées. Que fait-on ? Nous démontons et remontons. Nous jouons au Lego. Il y a toutes ces actions que l'on va essayer peut-être de recatégoriser, savoir à quoi cela répond. Au bout du bout, il y a effectivement ce que l'on vise derrière un contrat local de santé. C'est plus de santé, plus d'équité, plus de bien-être, de qualité de vie. Il y a aussi des résultats plus précis en bleu selon que nous aurons des objectifs pour des populations en termes d'état de santé ou pour le territoire ou pour le fonctionnement des institutions. Nous avons des problèmes qui ont été identifiés lors du diagnostic qui sont plutôt en noir. Et puis, quelles sont les stratégies que l'on va mobiliser, c'est-à-dire comment faire pour essayer de résoudre, diminuer, d'atténuer un problème et quels sont les leviers que l'on a, plutôt en orange.

Nous reprenons la réflexion qui existe déjà avec un peu de méthode, nous allons essayer de démonter et de remonter.

Que peut-on apporter d'autre ? C'est une interrogation sur la mise en œuvre, la gouvernance, le suivi, le pilotage, réflexion qui existe déjà bien sûr. Mais par exemple sur l'animation. Est-ce que l'animation et le pilotage d'un CLS sont la même chose ? Animer, c'est faire vivre. Comment nous faisons vivre un contrat ? Est-ce que l'on part sur des actions qui existaient déjà et finalement, nous les avons ajoutées et mises ensemble, des deux côtés. Si oui, que faire en termes de vie ? Qu'est-ce que cela apporte ? Si nous visons des actions nouvelles, comment faire pour les susciter ? Avons-nous besoin de quelqu'un qui va être présent avec un temps partiel de X % pour donner vie à ce contrat, comment on le suit et comment on ajuste, etc ? Ce que nous allons apporter, c'est peut-être la connaissance d'autres expériences faites ailleurs qui vont permettre de nourrir ces réflexions, comment nous avons fait ailleurs, comment nous avons essayé de résoudre certaines questions et puis aussi toute une réflexion sur l'articulation du contrat local de santé avec les autres dispositifs existants. Nous avons parlé des évaluations d'impact sur la santé, je disais que c'était un cadre d'accueil pour les évaluations d'impact sur la santé. On met les EIS dans le contrat pour le faire, à quoi cela sert, qu'en attend-on ?



Du diagnostic aux résultats souhaités : quels chemins ? quelles stratégies ? quels leviers ?

EHESP, 2016

6

Accompagner la réflexion

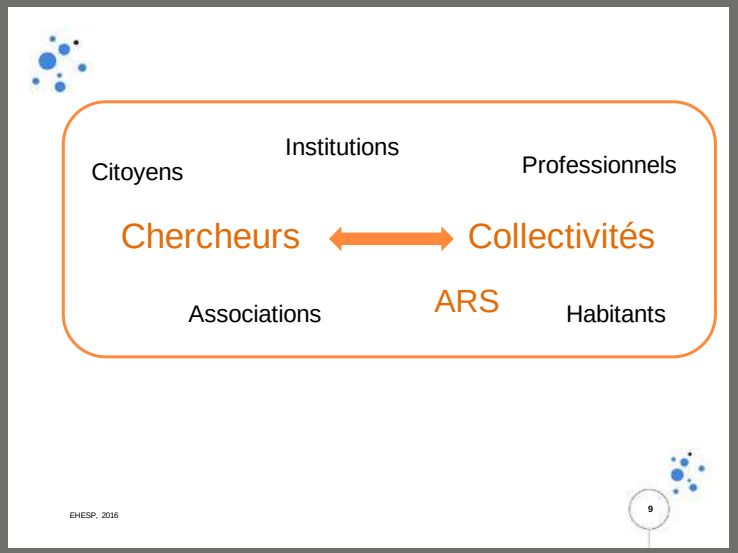
1. Sens et fonction du CLS
   - faire émerger toutes les questions
2. Mise en œuvre/gouvernance/suivi du CLS
   - interroger les modalités d'animation
   - situer le CLS dans le panel des dispositifs existants

EHESP, 2016

7

Pour terminer, le rôle des chercheurs, c'est de rendre explicites les intentions et les représentations, de dénouer un peu les fils. De rendre explicite la cohérence, parce que parfois, nous pouvons avoir l'impression qu'il y a beaucoup de choses et que nous sommes un peu perdus. Mais elles n'ont pas été choisies par hasard. De faire émerger l'implicite. Aider à la prise de recul en apportant des données de la littérature, les données d'expérience extérieures et puis aussi de faire l'interface parce que comme nous sommes extérieurs, nous ne sommes pas partie prenante. Nous pouvons faciliter le débat. Nous sommes le tiers, neutre, qui permet de mettre de la distance et de négocier des points de vue.

Pour terminer, nous pouvons nous poser une autre question qui est : qu'est-ce que la collaboration avec les collectivités amène aux chercheurs ? Je crois que c'est une question importante, ce n'est pas à sens unique. Collectivités et ARS, car qui dit contrat local de santé dit aussi Agence et aussi tous les autres partenaires.



Nous pourrions parler de cela, mais ce n'était pas la commande qui m'était donnée. J'invite les acteurs des collectivités, notamment la Ville de Rennes puisque nous avons travaillé ensemble récemment sur l'évaluation d'un contrat local de santé, à intervenir pour donner sa position.

Je vous remercie.

Charlotte Marchandise

Ce que je vous propose, c'est de faire les présentations. Je vais dire évidemment un mot sur la Ville de Rennes et puis nous poserons toutes les questions à la fin quand nous aurons un peu cette vision.

Pour nous, comme pour Redon, le contrat local de santé était signé au départ avec l'École des Hautes Études en Santé Publique parmi les partenaires donc il y avait une facilité d'accueillir. Mais le fait de faire l'évaluation avec des chercheurs n'était pas évident, c'était pour le coup un choix politique fort. Je ne voulais vraiment pas passer par les boîtes de conseil habituelles qui, pour avoir vu un certain nombre d'évaluations, ne me satisfaisaient pas dans la finesse et la compréhension de mécanismes vraiment complexes.

Ce qu'a montré avant tout l'évaluation du contrat local de santé de Rennes, nous l'avons déjà dit, c'est que la première plus-value était que les gens se connaissaient. Cela a été intéressant d'avoir aussi des témoignages et des verbatim de différents partenaires. L'étudiante est allée voir beaucoup de gens. Elle a écrit de façon très brute aussi les retours des habitants, des membres de la commission santé. Quels mots sont posés réellement sur le terrain, qu'est-ce que cela signifie, en dehors du marketing et de la grand-messe que l'on peut avoir en plénière ici, même si nous essayons de la rendre plutôt sympathique et conviviale. Nous voyons également, parmi les gens qui siègent et parmi les quelques groupes de travail identifiés, que le contrat local de santé fonctionne bien. Mais la descente parmi les autres membres des institutions n'est pas toujours là. Selon les institutions, tout le monde n'est pas complètement au courant. Donc cela va être un des grands enjeux.

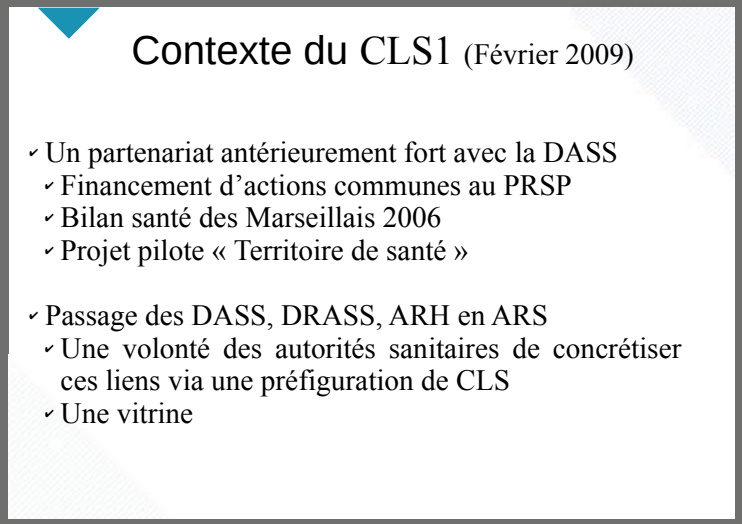
Cette évaluation nous permet de construire le prochain contrat local de santé avec sans doute moins d'axes, moins d'objectifs, mais beaucoup plus de transversalité et de moyens de partager à tous les niveaux.

C'est à Patrick Padovani maintenant, pour la Ville de Marseille. La spécificité de Marseille est d'en être à son troisième contrat local de santé, ce qui va nous permettre d'avoir un peu de recul.

ÉVOLUTION EN TROIS GÉNÉRATIONS DE CLS DE 2009 À 2016

Patrick Padovani,
Adjoint au maire, Santé, Hygiène, Toxicomanie, Sida et Handicap, Ville de Marseille

Bonjour à tous. Comment passer d'un CLS1 à la préparation actuellement d'un CLS3 ? L'historique est le suivant : nous avions déjà à l'époque un partenaire assez solide avec la DDAS dans le cadre de politiques très spécifiques de partenariat, politiques qui étaient surtout branchées sur les addictions à une époque où le VIH avait une grande importance sur le plan national et en particulier chez nous sur le plan local où nous devions mettre en place les premières actions de réduction des risques. En collaboration avec la DDAS de l'époque, à travers ces politiques-là et à travers des politiques d'accompagnement de handicap, s'est créé un partenariat qui a construit des éléments d'un passage vers un CLS.



Nous sommes à l'époque en 2009 et nous créons le premier CLS qui couvre la période de 2009-2011 dans lequel au départ, la volonté de construire avec l'ensemble des acteurs était notre première réflexion et à travers lequel nous avons appris, en ne perdant pas de vue qu'au départ, nous n'étions pas encore dans les prérogatives de la loi. Nous avons construit ce CLS avec la nécessité -d'harmoniser les partenaires, qu'ils soient institutionnels ou qu'ils soient associatifs. Ce CLS1 articulé, je le répète, autour des conduites addictives et de la réduction des risques ainsi que de la santé mentale, avait déjà comme objectif la réduction des inégalités territoriales de santé. Il nous a permis d'évaluer les dispositifs originaux débouchant sur des actions pertinentes de terrain. Les résultats positifs autour des axes choisis nous ont amenés à étendre les sujets de réflexion, notamment en relevant les disparités de territoires sur la prise en charge et l'accompagnement des difficultés des publics adolescents, porteurs de pathologies chroniques. Nous avions là donc les bases pour construire un CLS 2.

Sur la lancée, un CLS2 (2014-2016)

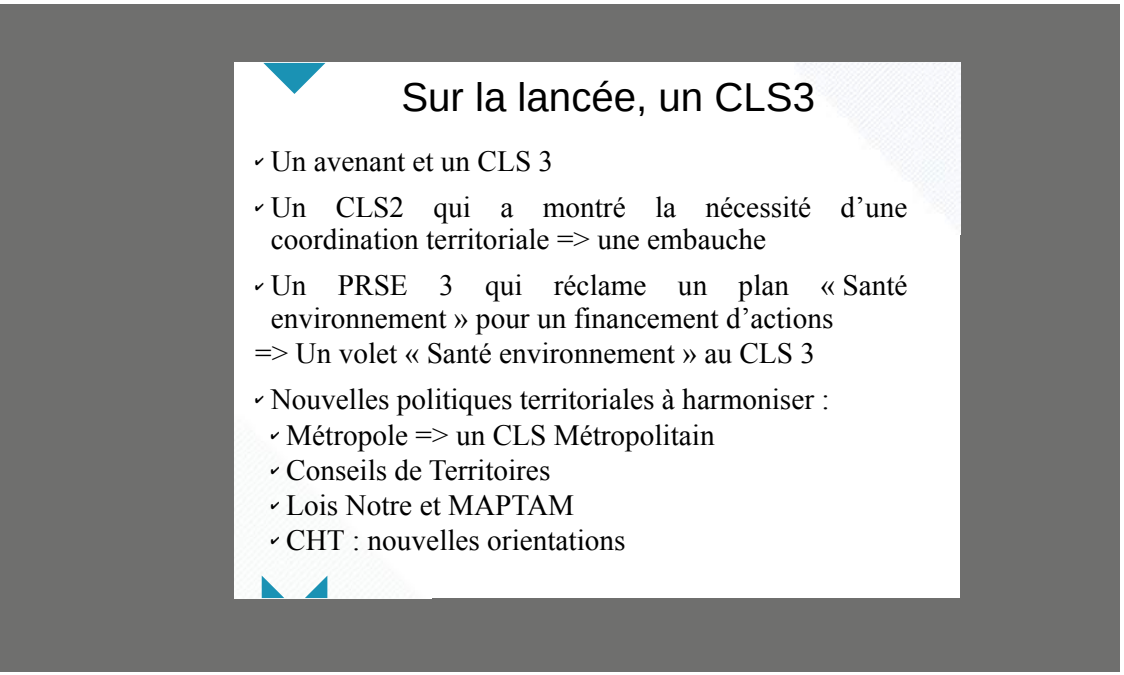
- Un avenant et un CLS2 en co-construction avec l'ARS PACA, les Ateliers Santé Ville
- Avant un nouveau bilan de la santé des Marseillais par l'ORS PACA
  - Point fort : un outil cartographique épidémiologique
  - Données quantitatives mais aussi, qualitative via des focus groupe
  - Des recommandations pour le CLS2
- Un nouveau signataire : le CG13

La montée en puissance des Ateliers Santé Ville est venue appuyer les réflexions et les travaux que nous souhaitions engager. Mais un certain nombre d'acteurs majeurs de la prise en charge médico-sociale était exclu de ce CLS et nous ne pouvions laisser le Conseil Général aujourd'hui Conseil Départemental hors de la réflexion territoriale sachant qu'une partie des politiques publiques de santé leur revenait. C'est donc tout naturellement que nous avons ouvert ce partenariat et leur présence dans le CLS 2 nous a permis d'orienter nos réflexions dans le cadre des politiques de prévention, des politiques d'accompagnement aux soins, des politiques environnementales et des politiques de promotion de la santé, dans le cadre des actions qui étaient celles qui étaient entamées je le répète, au niveau des addictions et des prises en charge des publics marginalisés surtout à l'époque. Il nous a permis de reconstruire sur lui-même les autres thèmes que nous allions aborder, en particulier d'élargir un partenariat et d'élargir les thèmes et d'élargir aussi la façon dont nous allions procéder pour engager ces thèmes. C'est dire que la création des Ateliers Santé Ville a permis pour nous également d'avoir des acteurs avec lesquels nous pouvions travailler à ce moment-là. Et puis, la volonté d'inscrire les autres acteurs qui sont porteurs de politiques publiques comme le Conseil Général aujourd'hui Conseil départemental, de venir travailler sur les actions sur les thèmes particuliers que nous avons choisis, qui sont les thèmes récurrents que tout le monde choisit, c'est-à-dire d'abord la politique de prévention, la politique d'accompagnement aux soins, la politique environnementale et les politiques de promotion de la santé.

À travers ces axes, ont été construites des approches populationnelles et des approches très thématiques qui couvraient le champ de tous les acteurs présents institutionnels ou associatifs. Nous l'avons évoqué ce matin : l'ensemble du tissu associatif couvre un certain nombre d'actions politiques sur le secteur donc il nous est apparu comme une nécessité de construire avec eux.

Pour développer ces politiques il nous fallait un outil, nous l'avons construit avec l'Office régional de la santé et ainsi est né Marseille observation santé qui au niveau de l'échelle de l'IRIS, a produit une cartographie territoriale des inégalités territoriales de santé. Cette cartographie nous a permis de voir à quel point il nous fallait être plus précis dans la prise en compte des thèmes. Une cinquantaine s'en sont dégagés, je ne vais pas les énoncer ici, ils ont tous leur importance. Vous les connaissez tous ici, ce sont les politiques que vous pratiquez tous dans le cadre des CLS que vous avez.

Cependant, à travers ce CLS2, une thématique n'avait pas tout à fait été abordée. Elle couvre une politique chère à Charlotte, qui est la politique environnementale. Depuis 2014, ce thème fait l'objet des soucis de la municipalité et donc, nous avons fait aujourd'hui un avenant pour construire le prochain contrat local de santé, le CLS3, afin d'évaluer les actions engendrées par le CLS2 et bien sûr d'élargir au travers des thèmes environnementaux comme la qualité de l'eau, la qualité de l'air, la pollution des sols avec toutes les transversalités qui se raccrochent à ces approches environnementales.



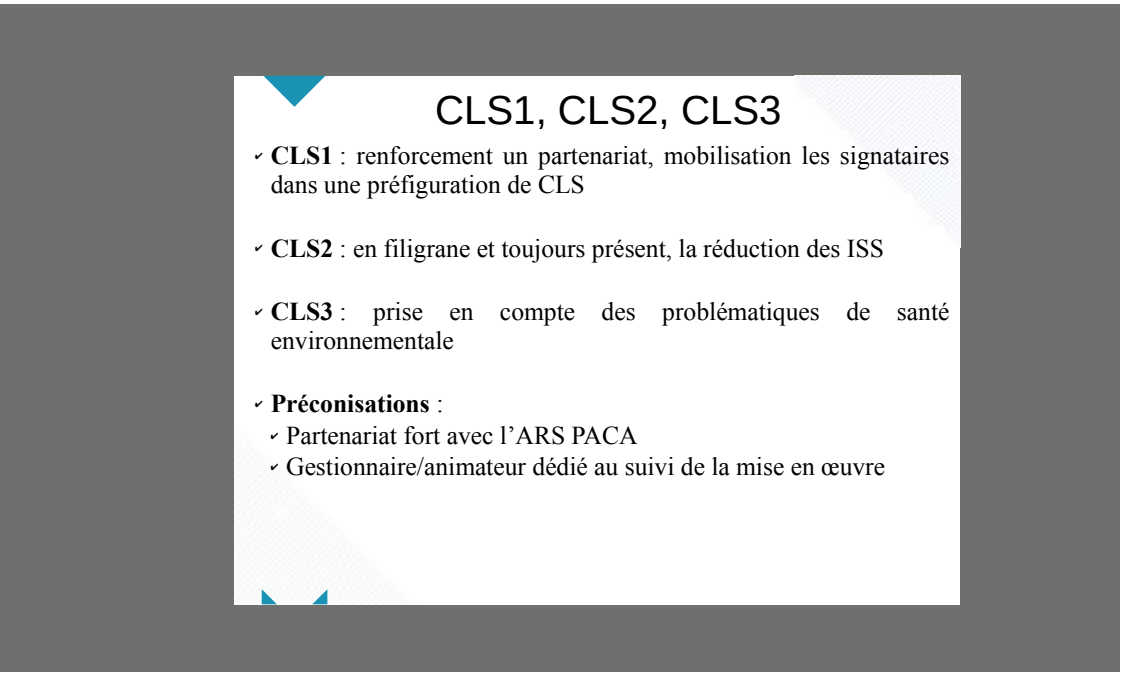
Ce troisième CLS tiendra aussi compte de ce que l'on a évoqué ce matin, à savoir toutes les politiques nouvelles, territoriales qu'il faut harmoniser en les déclinant dans le cadre de la proximité et de la spécificité de chaque ville et dieu sait si la nôtre en a un certain nombre. La question se pose notamment par la présence de nos partenaires du conseil département et du conseil régional, de la limite des territoires pris en compte dans ce nouveau CLS. Nous sommes passés d'une taille municipale à aujourd'hui une vaste métropole qui couvre 95 % d'un département pour une population de 1,8 million d'habitants. Il nous appartient à la fois de conserver la proximité d'un CLS parce qu'il est important d'être au plus proche du terrain. Et surtout de voir également comment nous pouvons construire quelque part une approche métropolitaine d'une politique de santé plus importante sur les axes que nous souhaitons développer.

Il faut savoir que dans ce département, le partenariat que l'ARS construit dans le cadre des CLS se résume à 2 CLS qui en fait couvre à peu près 2 millions d'habitants, ces 2 CLS sont ceux de Martigues et de Marseille.

Mais on nous a demandé de réfléchir au niveau de l'ARS et au niveau de la métropole, à comment harmoniser certaines thématiques de politique de terrain qui pourraient être un facteur métropolitain tout en conservant pour nous, et nous y tenons bien sûr, cette spécificité locale marseillaise d'un CLS dans lequel, quand on fait le bilan dans Marseille Observation Santé, les inégalités territoriales de santé à Marseille sont celles qui sont les plus importantes dans le cadre du territoire PACA. Et nous n'avons pas 17 ans d'écart entre deux stations de métro, mais nous sommes également soumis à des inégalités entre les territoires des quartiers Nord sur lesquels nous avons un public et des cités dans lesquelles nous avons une grande concentration de personnes qui sont sans emploi et dans des difficultés financières importantes par rapport aux quartiers Sud ou à la vallée Est dans lesquels il n'y a pas les mêmes problématiques. Donc, construire aujourd'hui ces politiques en tenant compte de ces territoires et de ces nouvelles orientations, et également savoir comment à travers ce contrat, travailler sur l'ensemble des autres types de prises en charge de la santé qui sont aujourd'hui celles des territoires, comme notamment les conseils citoyens ou les conseils territoriaux en santé qui vont voir le jour au 1er janvier.

Le fait d'être aujourd'hui sur un CLS 3, cela définit, pour nous, trois façons différentes d'avoir construit ces CSL. Partant de ce qui existait sur Marseille, nous avons construit autour de ces premiers sujets avec le tissu associatif pour mieux piloter les actions. Dans le volet 2, nous avons eu une approche plus populationnelle qui nous a permis d'être au cœur des inégalités territoriales de santé. Et dans l'axe 3, tout en restant au cœur des inégalités territoriales de santé, nous ouvrons le CLS à tout un nombre plus important d'acteurs pour pouvoir construire et piloter des vraies politiques de terrain harmonieuses. Cette ouverture à tous les acteurs territoriaux est aujourd'hui plus que nécessaire parce que l'on ne

discerne plus les niveaux de gouvernance par rapport à toutes les strates administratives. On ne sait plus où sont les compétences aussi par rapport à ces axes-là. Il nous appartient de construire à la fois quelque chose qui reste sur les bases de la proximité et quelque chose qui permet aussi de partager avec des territoires plus importants à l'échelle de la Métropole.



En résumé si le CLS1 a été un renforcement des partenariats, je le répète, mobilisant les signatures de préfiguration, le CLS2 s'est efforcé de s'inscrire dans la réduction des inégalités territoriales de santé. Enfin, le CLS3 devra accommoder les problématiques de santé de proximité, les inscrire dans la dimension métropolitaine, les articuler avec les instances de démocratie sanitaires nouvelles sur tous les thèmes précédents ainsi que sur les nouveaux déterminants de la santé que sont les déterminants environnementaux.

Je vous remercie pour votre attention.

Charlotte Marchandise

La santé environnementale qui m'est chère, tant qu'elle tient compte des inégalités sociales de santé, évidemment, tout cela étant intégré.

Maintenant, nous allons parler de quelque chose qui nous anime beaucoup, avec des préfigurateurs qui ont signé un contrat local de santé à l'échelle intercommunale sur le pays de l'Autunois Morvan. Y compris à Rennes, l'Agence régionale de santé nous demande de passer à l'échelle intercommunale, politiquement et en termes de culture partagée ; nous n'y sommes pas. Mais nous allons pouvoir y aller d'ici quelques années, je pense, et donc nous comptons sur votre expérience pour nous inspirer, comme diraient nos amis du Québec.

SPÉCIFICITÉS D'UN CLS À L'ÉCHELON INTERCOMMUNAL

Michel Gipeaux,
Adjoint au Maire de la Ville d'Autun et conseiller communautaire &

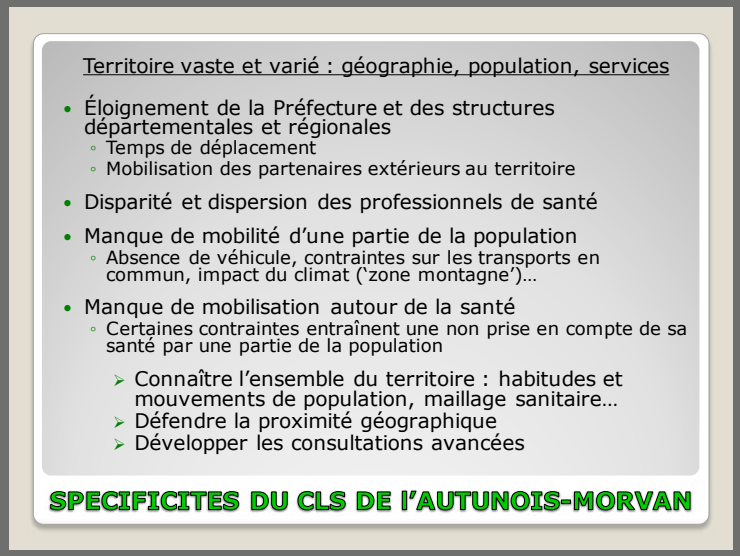
Maud Marchesiello,
Animatrice du CLS, Pays de l'Autunois-Morvan

Bonjour Mesdames, Messieurs. Je vous propose de commencer par l'historique du contrat local de santé. Le premier contrat local de santé a été signé le 12 novembre 2012 et était l'émanation du travail effectué au niveau de l'Atelier Santé Ville de la ville d'Autun.

Le 1er décembre 2016, nous avons signé le deuxième contrat local de santé. Les signataires, j'ai remarqué ce matin qu'il y avait une grande disparité, sont le Pays de l'Autunois-Morvan, l'ARS de Bourgogne-Franche-Comté, la Ville d'Autun, la Préfecture de Saône-et-Loire, le Conseil départemental de Saône-et-Loire et le Conseil régional de Bourgogne-Franche-Comté.

Ce CLS comporte trois volets d'intervention que sont l'organisation des soins de proximité, les parcours de santé et la santé environnementale.

Le territoire est assez vaste puisqu'il couvre actuellement 51 communes. En 2017, nous allons nous élargir en absorbant de nouvelles communes du Couchois. Ce territoire vaste et varié est plus grand que le Territoire de Belfort. Notre problématique pour ce territoire est que nous sommes éloignés de la Préfecture et des structures départementales et régionales. La Préfecture est éloignée de 100 km. Et Dijon se trouve à 90 km. Cela entraîne une augmentation des temps de déplacement ainsi qu'une mobilisation plus difficile des partenaires extérieurs au territoire.



Il y a également une disparité, une dispersion des professionnels de santé sur tout le territoire.

Un autre phénomène est un manque de mobilisation d'une partie de la population avec l'absence de véhicules, des contraintes qui sont liées aux transports en commun qui sont très peu développés sur les territoires et aussi de temps en temps l'impact du climat puisque nous avons une zone montagne.

On trouve également un manque de mobilisation autour de la santé voire une non-prise en compte de sa santé pour une partie de la population, par exemple chez les agriculteurs. D'où l'importance de connaître l'ensemble du territoire avec ses habitudes et ses mouvements de population et d'en connaître le maillage sanitaire.

Ce qui est important pour nous et surtout pour moi qui défends ce contrat local de santé, c'est de défendre la proximité géographique. Et surtout, développer des consultations avancées.

L'organisation territoriale comprend une ville centre, Autun, avec un pôle hôpital-clinique issu d'une coopération entre les deux établissements, depuis 2006, et qui propose un plateau technique et un bloc opératoire communs.

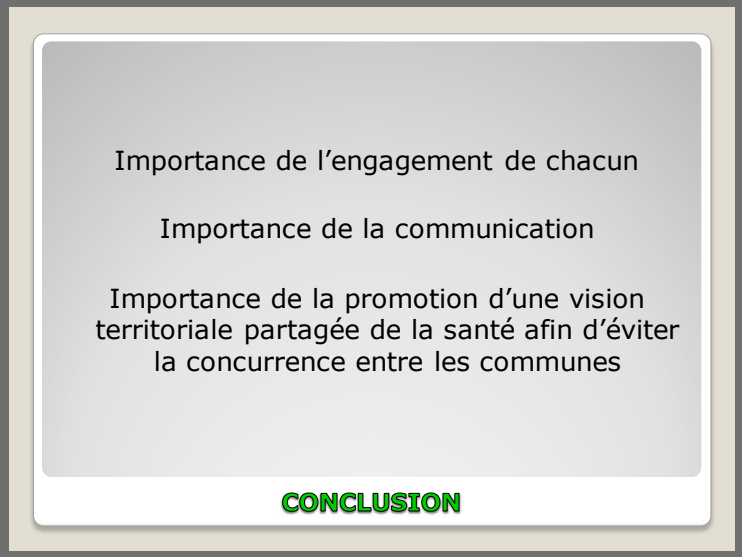
Autour de ce pôle hôpital-clinique, il existe des maisons de santé pluriprofessionnelles géographiquement situées aux quatre coins du territoire, dont deux en activité et deux autres en projet.

Faire connaître le contrat local de santé est une étape essentielle pour améliorer la concertation entre les différents acteurs de la santé. Cela nécessite de faire des déplacements sur le territoire, d'aller à la rencontre des professionnels de santé (notamment dans le cadre des enseignements post universitaires animés par l'association des médecins de l'Autunois) ainsi qu'à la rencontre des élus. Ces rencontres ne sont pas toujours des plus aisés du fait des attentes divergentes des différents protagonistes.

Afin d'améliorer la concertation et la vision territoriale de la santé, nous avons créé une commission « santé » regroupant différents acteurs des champs médicaux, médico-sociaux et socio-éducatifs. Cette commission nous permet également de travailler sur l'interconnaissance et le décloisonnement entre les professionnels.

Nous essayons d'avoir une vision territoriale partagée de la santé afin d'éviter la concurrence entre les communes.

Je vous remercie de m'avoir accordé ce temps, entre Marseille et Mulhouse, pour nous qui avons un bassin de 50 000 habitants.



Charlotte Marchandise

Merci à vous. Nous nous disons, à vous écouter, que cela ne doit pas être quelque chose que l'on peut faire à mi-temps. Cela me semble être un engagement de temps et d'énergie assez intense. C'est maintenant Henri Metzger de la Ville de Mulhouse qui va nous parler de leur Observatoire de santé. Nous en avons parlé un peu ce matin : c'est un enjeu, je pense, qui viendra et dont nous avons pu parler avec Laurent El Ghozi la semaine dernière au Ministère : les données de santé, l'observation, l'évaluation de l'action publique. Comment cela se passe, comment nous nous appuyons sur ce que nous faisons, comment nous observons ce que l'on fait. Ce sont des enjeux assez grands. Et Mulhouse y a déjà beaucoup réfléchi.

CONTRIBUTION D'UN OBSERVATOIRE LOCAL : de l'analyse et de l'action

Henri Metzger,
Conseiller municipal délégué Santé, Ville de Mulhouse

Bonjour à toutes et tous. Mulhouse est une ville d'un peu plus de 100 000 habitants en Alsace, entourée d'une agglomération qui fait 150 000 habitants. Malheureusement, nous n'avons jamais réussi à élargir notre CLS à l'agglomération et donc il ne concerne que la ville de Mulhouse elle-même.

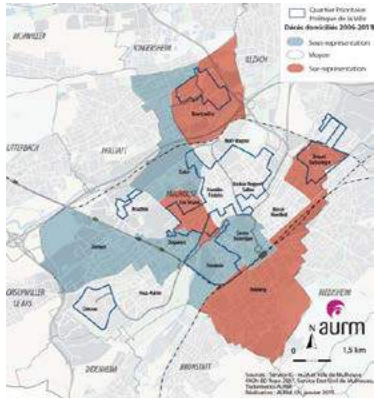
C'est notre deuxième CLS. Le premier avait été signé pour la période allant de 2012 à 2015.Il avait été évalué par l'Observatoire local de la santé d'Alsace, l'ORSAL. Nous avons tout de suite voulu qu'il y ait beaucoup de gens, beaucoup de signataires donc la ville, l'ARS évidemment, la Préfecture, le régime local d'assurance maladie qui a une particularité chez nous en Alsace, les hôpitaux, le Conseil départemental, les mutuelles et le Rectorat qui a signé. Différents axes dont je note la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, l'état de la transversalité entre les différents secteurs et un aspect important qui est la participation des habitants.

Nous avons pensé qu'il était nécessaire de faire une observation de la santé parce que Mulhouse est une ville qui a beaucoup de quartiers en difficulté, précarisés, qui font partie de la Ville, d'autres qui le sont moins. Et nous avons conçu cet observatoire d'abord, avec à peu près 130 habitants de plusieurs quartiers. Nous avons fait une étude qualitative de bien-être, mal-être, ce qui participait au bien-être, ce qui participait au mal-être. Une fois que nous avons fait cela, et que nous avons présenté les résultats, nous avons ressenti l'importance de mettre en lien ces résultats avec une étude quantitative. Un aspect intéressant est que cela a permis le partenariat entre l'Agence d'Urbanisme de la Région Mulhousienne (AURM), l'Observatoire Régional de la Santé et le Groupement Hospitalier Régional (GHR) sur la technique IRIS. Nous avons pu travailler d'abord sur les urgences puis progressivement sur d'autres thématiques. Nous avons réussi à « forcer » l'Assurance Maladie à participer, à faire toute une étude des différentes populations de la ville. Qu'est-ce que cela montre ? D'abord des inégalités de santé marquées.

L'Observatoire Local de Santé : diagnostic, action et évaluation

- Né en 2008 dans le cadre de l'Atelier Santé Ville
- Rattaché au **CLS en 2012**
- Lien étroit entre observation « quantitative » et « qualitative »
- Echelle infra-communale - Objectif : mesurer l'impact des Inégalités de Santé dans les quartiers de Mulhouse **pour les diminuer**
- Travail conjoint entre la ville de Mulhouse, l'AURM et l'ORS Alsace; avec de nombreux autres partenariats développés (GHR, CD 68, CPAM, …)

Des inégalités de santé marquées



Mortalité générale (tous âges, toutes causes confondus) :

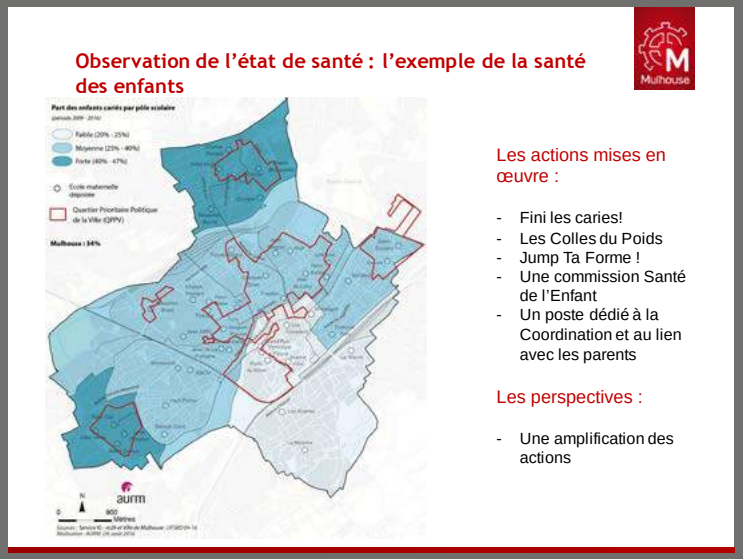
- Une mortalité générale qui varie fortement selon les quartiers …
- **Mais aussi une surmortalité prématurée**

Mortalité générale dans les quartiers de Mulhouse
Indice comparatif de mortalité 2006-2011, écart à la moyenne communale

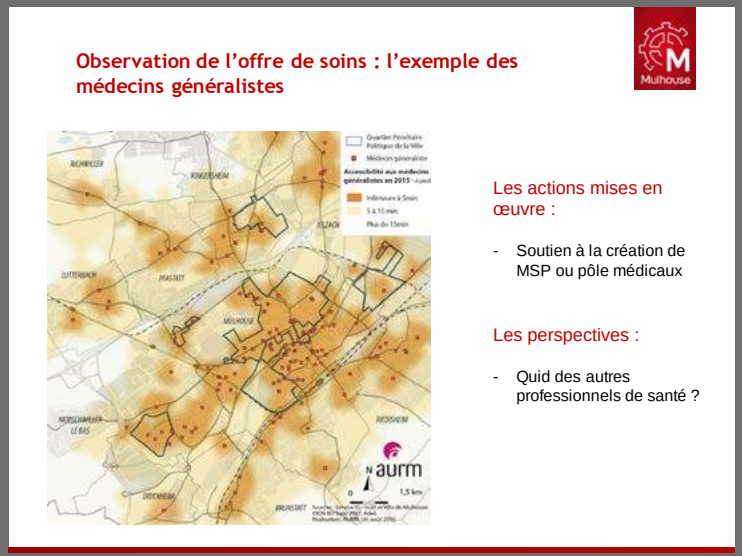
Mulhouse et l'Alsace se caractérisent, je ne sais pas si vous le saviez, par une mortalité plus élevée par rapport au reste de la France jusqu'en 2007-2008, puis il y a eu un rattrapage. L'Alsace a rattrapé son retard. Mulhouse a un peu progressé ; elle a une diminution de la mortalité, mais plus lente que le reste de l'Alsace. Si vous voyez sur la carte, en dehors du quartier Rebberg qui est tout en bas, qui est le quartier le plus aisé de la ville, mais qui a plusieurs EHPAD - ce qui fausse pour la mortalité - tous les autres

quartiers correspondent aux quartiers les plus en difficulté de la ville. Un élément qui nous a frappés, c'est la surmortalité prématurée, c'est-à-dire le nombre de décès avant 65 ans : entre deux quartiers moyen-pauvre/moyen-riche, nous avions une différence du simple au double.

Pour vous donner un autre exemple, nous avons observé les inégalités sociales concernant la santé des enfants, sur différents éléments.



D'une part, nous avons un taux de diabète gestationnel qui est plus élevé, qui atteint 4,9 % alors que dans le reste de l'Alsace, il est à 4 %. Et surtout, un surpoids à la naissance qui est de 8,7 % alors que dans le reste de la France, c'est 7,2 %. La carte que vous voyez correspond à la présence de caries chez les enfants de CP, CE1 avec de nouveau la même représentation des différences entre les différents quartiers de la ville. Nous retrouvons également ces disparités concernant la surcharge pondérale des enfants et sur le manque d'exercice physique chez les enfants. Nous avons développé tout un programme autour de cela.



Concernant les médecins généralistes, pour l'instant, les choses sont relativement satisfaisantes, sinon que nous avons un vieillissement de nos médecins généralistes: leur moyenne d'âge est de l'ordre de 55 ans. Nous avons des difficultés à faire venir de nouveaux médecins, Mulhouse n'étant pas une ville universitaire et ayant une image de ville relativement « difficile », ce qui n'est pas vrai du tout, la vie est très sympathique à Mulhouse. À ceci, nous répondons en soutenant la création de maisons de santé pluri professionnelles. Nous avons donné un terrain à un groupe de médecins, kinésithérapeutes, infirmières qui ont redéveloppé leurs activités. Nous soutenons également le développement des pôles médicaux.

En conclusion, l'intérêt de l'Observatoire est d'abord de permettre et d'avoir permis de sensibiliser l'ensemble des acteurs aux problèmes de santé. Cela apparaît une évidence, mais ce n'est pas si simple que cela. Que ce soit auprès de mes collègues élus, mais aussi auprès de la population, nous faisons le tour des conseils participatifs dans les différents quartiers, nous leur exposons les différentes données et cela a un effet vraiment marquant ; les gens sont intéressés, cela développe l'envie de participer à

des actions santé ou de s'inscrire dans des démarches participatives.

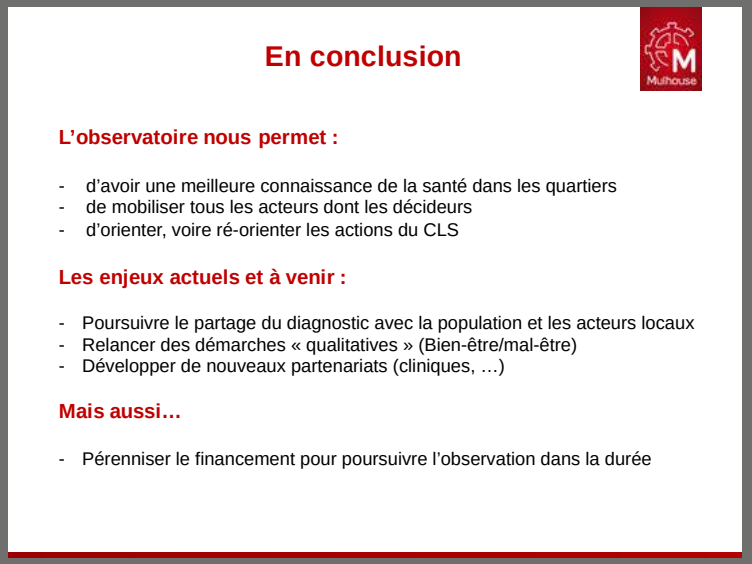
Cela a aussi un effet sur la définition des priorités. Je vous donne un exemple. En ce qui concerne l'enfance, nous sommes en train d'essayer de « faire passer » un nouveau travail avec le CMPP de Mulhouse, le Centre Médico-Psycho-Pédagogique. Pour l'instant, il faut un an d'attente pour faire entrer un enfant au CMPP. Ils nous ont proposé de développer un outil, avec des psychomotriciennes ergothérapeutes allant dans les différentes maternelles pour donner une formation aux enseignants et repérer les enfants qui auraient besoin d'une aide par la suite. Une étude européenne a montré que cela avait des résultats très favorables. Grâce à notre Observatoire, nous avons pu réunir des éléments pour essayer de trouver des financements pour ce projet.

Les enjeux actuels et à venir : poursuivre le partage du diagnostic avec la population et les acteurs, relancer des démarches qualitatives. Présenter dans les quartiers les résultats quantitatifs et les différentes actions qui sont menées dans le cadre du contrat local de santé, cela permet de redémarrer ensuite une évaluation qualitative avec les habitants sur ce qu'ils ressentent comme étant des éléments qui favorisent un meilleur rapport à la santé et sur les points pour lesquels ils n'adhèrent pas.

Développer de nouveaux partenariats : le groupement hospitalier a participé de manière pleine et entière. Il se trouve qu'à Mulhouse, il y a aussi une très grosse clinique. Nous sommes en train de travailler avec eux pour savoir s'ils ne veulent pas s'inscrire dans la démarche d'observation et dans la démarche de contrat local de santé. Le partenariat avec l'Agence d'urbanisme est intéressant également, car il a permis aux gens de l'urbanisme de se confronter aux questions de santé. C'est toujours la même chose : quand il y a un partenariat, les gens se mettent à réfléchir et ils inscrivent plus cette dimension santé bien-être dans leur réflexion sur l'urbanisme.

Finalement, le problème, c'est que l'Observatoire Régional de la Santé d'Alsace a un certain nombre de difficultés financières. Nous essayons donc de pérenniser le financement pour la suite, pour notre deuxième CLS qui a commencé en 2015 jusqu'en 2020.

Merci.



Charlotte Marchandise

Et maintenant, c'est à Marie-Annick Benâtre, de la Ville de Nantes. Qu'est-ce qu'un contrat ? Françoise Jabot posait la question tout à l'heure. Un contrat n'est pas forcément gravé dans le marbre. Comment le fait-on évoluer et comment peut-on avoir un peu d'agilité au fur et à mesure ? Nantes notamment a travaillé avec des avenants.

INTÉGRATION DE MODIFICATIONS AUX CLS : comment négocier des avenants

Marie-Annick Benâtre,
Adjointe au maire, Santé, précarité et grande pauvreté, Ville de Nantes

Bonjour à tous. Le contrat local de santé de la Ville de Nantes a été élaboré et signé par les partenaires en 2012. Il s'appuyait alors sur une dynamique déjà en place depuis 2007 sur notre territoire avec l'Atelier Santé Ville (ASV). Bien évidemment, le contrat local de santé a d'abord consolidé les liens dans le domaine de la santé publique entre l'action de la ville, le rôle de la métropole et de la Préfecture, à travers le CUCS, hier, et aujourd'hui le contrat ville, et celui de l'Agence Régionale de Santé.

Le contrat local de santé en cours, puisqu'il se termine en 2017, a donné bien évidemment l'opportunité à tous les partenaires de construire une méthodologie qui nous apparaît être importante et utile pour être dans un processus qui répond vraiment aux besoins et cette méthodologie, c'est l'appel à projets qui constitue le volet santé de l'appel aux projets du contrat ville. À chaque campagne annuelle, la majorité des associations y répondant sont rencontrées et de manière concertée, nous validons et soutenons les actions pertinentes, mais nous orientons également les partenaires associatifs vers les priorités d'actions que nous définissons ensemble au regard de l'Observatoire de la santé des Nantais.

Grâce à l'enseignement à la fois de l'Observatoire et des diagnostics locaux de santé réalisés avec les équipes de la mission santé publique à l'échelle des quartiers, les signataires sont en mesure d'orienter également l'action des associations vers les territoires à partir des besoins de la population, et ce, tout au long de l'année. La ville de Nantes entretient ce rôle de coordination des actions de santé publique par une présence de terrain

sur les différents territoires. Nous avons pris la mesure, me semble-t-il, du rôle de catalyseur que la ville pouvait jouer en matière de santé et nous agissons comme vous bien évidemment sur différentes thématiques, la santé mentale, la nutrition, la santé des jeunes, ou à l'échelle des quartiers où nous créons des espaces de fédération des acteurs permettant ainsi de partager des valeurs en matière d'action en santé publique et de mutualiser surtout ce qui nous semble important : les savoir-faire.

L'Atelier Santé Ville avait, dans son ADN, la participation des citoyens et bien évidemment, le contrat local de santé intègre cette démarche et il nous semble que les campagnes d'information et de prévention ne feraient que creuser les inégalités de santé si elles n'étaient pas complétées par des démarches de terrain, d'aller vers les populations éloignées de la santé. Et nos compétences développées au fil des années ont permis de montrer l'efficacité de nos démarches, car elles ne sont pas plaquées, mais partent bien des besoins et des attentes de la population et s'inscrivent dans la durée. Et elles agissent bien évidemment sur l'ensemble des déterminants de la santé et je crois que c'est là la plus-value des villes.

Pour faire évaluer et évoluer le contrat local de santé, nous avons un mode de gouvernance partagé sur des objectifs bien évidemment partagés, un mode de gouvernance qui intègre bien évidemment les signataires du contrat local de santé, les financeurs, mais aussi les acteurs de terrain, et ce, en deux temps, une instance de pilotage conjointe au contrat local de santé et à l'ASV et une instance de suivi propre au contrat local de santé qui a pour mission de suivre l'évolution, de veiller à la cohérence des interventions, de proposer au Copil les éventuels avenants et c'est en cela que nous avons fait évoluer notre contrat local de santé en 2014 en signant deux avenants, toujours avec les mêmes signataires. Mais bien évidemment en y intégrant de nouveaux partenaires puisque le travail partenarial se fait avec les signataires, ARS, État, Ville et Métropole, mais l'ensemble des partenaires acteurs de ce contrat local de santé vont bien au-delà. Je pensais à l'Éducation Nationale, au Conseil départemental, aux associations d'usagers, à l'université. Il y a un partenariat très important.

Et donc nous avons fait un avenant à notre contrat local de santé en y intégrant la santé environnementale et le vieillissement. Sur la promotion d'un environnement favorable à la santé des habitants, c'était une priorité de la ville depuis un certain nombre de temps puisque nous avions mis en place fin 2011 un plan d'action en santé environnementale et il nous semblait important au regard y compris des objectifs et du plan régional de santé environnementale des Pays de la Loire, de mettre en avant les actions menées à l'échelle de la ville, de les rendre plus lisibles, de les

valoriser, en tout cas, de faire en sorte que ces politiques publiques qui sont très transversales soient aussi intégrées dans le contrat local de santé. L'action phare de ce volet a été la première évaluation de l'impact sur la santé (EIS) autour d'un projet d'implantation d'une maison de santé pluriprofessionnelle sur un quartier prioritaire de la politique de la ville engagée dans l'opération de renouvellement urbain sur un grand quartier de Nantes et de Saint-Herblain. Nous constatons que cette démarche vise à conjuguer à la fois la santé, le développement durable, un grand nombre de politiques publiques, je pense à l'urbanisme, au logement, au transport, aux déplacements doux, mais j'en oublie. Parce qu'il nous semble que la santé ne dépend pas uniquement de l'offre de soins, mais bien d'un grand nombre d'éléments qui influent sur le bien-être d'une population ou d'un individu. L'évaluation de l'impact sur la santé est un outil au service de notre collectivité pour améliorer la qualité de vie et surtout agir contre les inégalités de santé puisque c'est la raison d'être du contrat local de santé.

Cette démarche nous a permis également d'être à l'initiative sur la mise en place d'un marché, des initiatives diverses sur manger-bouger, sur la lutte contre l'hyperalcoolisation dans le centre-ville et la mise en place d'un poste de secours sur un lieu festif de la ville. Cela nous a permis également de valoriser toutes les actions que nous portons sur le radon dans les quartiers, dans ce quartier prioritaire y compris.

L'avenant a permis de mettre en avant différentes actions qui étaient déjà portées sur la ville, mais aujourd'hui partagées par les acteurs associatifs, l'ARS, l'État et l'ensemble des partenaires qui portent le contrat local de santé.

Et puis, l'autre avenant qui a permis d'enrichir le contrat local de santé, c'est le Bien vieillir des personnes âgées à domicile, en construisant un parcours de santé coordonné. Ce matin, nous parlions des enjeux ce cette politique publique. Il nous faut mettre en place des dispositifs de repérage des situations potentiellement fragiles, une logique de réseau entre acteurs gérontologiques pour construire des réponses adaptées et la coordination. Nous sommes dans une gouvernance partagée : la coordination des interventions de chaque acteur dans le respect du périmètre d'intervention de chacun, mais cela va de soi.

Plus particulièrement, concernant l'action de la ville et des partenaires, nous souhaitons mener une expérimentation dans ce sens avec l'objectif de permettre à 150 personnes qui sont dans nos logements bleus, ce sont des logements que nous avons adaptés pour le vieillissement, situés dans une zone d'influence des établissements gérés par la ville de Nantes, les

EHPAD et de créer un parcours de santé pour ces personnes et permettre d'être là aussi au plus près de ces besoins.

C'est pour cela que l'évaluation et l'évolution de ces contrats sont importantes au regard des inégalités qui malheureusement sont grandissantes puisque l'on compte 15 % de plus de personnes pauvres entre 2014 et 2015. Nous avons donc encore beaucoup de travail et nous avons besoin à la fois d'évaluer et de faire évoluer nos contrats et surtout faire en sorte qu'ils ne restent pas figés pendant 4, 5, 6 ans d'où la gouvernance partagée qu'il est indispensable de mettre en mouvement.

Merci.

Charlotte Marchandise

Merci beaucoup Marie-Annick. Sur les signataires, je me disais : il n'y a pas beaucoup de contrats de santé signés avec les usagers. À Rennes, la Maison Associative de la Santé est signataire. Y a-t-il d'autres CLS qui ont des usagers signataires ? Cela ne veut pas dire qu'ils ne participent pas. Nous voyons que ce n'est pas lié. Mais le fait de signer, ce symbole - comme on le voit beaucoup dans les Conseils Locaux de Santé Mentale où les usagers ont une place forte – est, il me semble, un des enjeux de la démocratie sanitaire à venir.

A Rennes, nous avons également un Comité consultatif santé environnement avec les habitants, les associations et les professionnels au niveau de la ville et des commissions santé dans les quartiers. En effet, nous nous sommes rendu compte qu'il y avait des instances où il fallait territorialiser car tout le monde ne venait pas aux instances plus centrales.

VERS DES RECOMMANDATIONS…

Débat avec l'auditoire pour des recommandations à destination de l'État et des collectivités locales

Camille Rodriguez,
étudiante à l'EHESP

Bonjour. Je suis Camille Rodriguez, étudiante à l'EHESP et à Sciences Po Rennes. J'ai réalisé l'année dernière un mémoire sur le Réseau santé-bien être de Maurepas. Je voulais revenir sur les interventions de cet après-midi et notamment sur votre intervention, Madame Jabot. Vous nous avez décrit le squelette du CLS qui démarrait par des grands objectifs qui se déclinaient en axes puis en petits objectifs et enfin en actions concrètes sur le terrain. Nous voyons bien que l'approche est tout à fait une approche de ciblage, institutionnelle. Cette approche se trouve d'ailleurs à travers toutes vos interventions puisque dans les premiers partenaires, dans les signataires, nous avons toujours les grandes institutions qui reviennent. Nous nous situons clairement dans une logique d'action publique descendante et je voudrais vous proposer simplement une autre perspective, une perspective assez ancienne puisqu'elle a été développée déjà dans les années 70 par M. Le Galès et M. Lascoumes. Il s'agit d'inverser la logique pour aller vers une approche plutôt ascendante où on se baserait cette fois-ci sur les acteurs de terrain concrètement et non pas seulement sur un petit groupe d'habitants plus ou moins représentatifs. Par les acteurs de terrain, je mettrais des associations qui, contrairement à ce qui a été dit ce matin, ne sont pas faibles ; elles sont seulement peu visibles, mais si on se place à l'échelle locale et très locale, nous voyons ces associations et elles maillent notre territoire. Les acteurs de terrain, ce sont également les aidants que l'on ne voit pas, les aidants familiaux. Ce sont les professionnels de santé, les acteurs sociaux, les acteurs sportifs. Et ce sont également, enfin, les usagers. Ce n'est pas seulement un petit groupe d'habitants assez nébuleux qui ne représente finalement personne.

Je voulais poser la question suivante. Comment fait-on pour passer d'une action publique dont le monopole est assuré par des acteurs institutionnels à une action publique élaborée par des acteurs de terrain et qui serait simplement animée par des acteurs institutionnels ?

J'ai trouvé la dernière intervention extrêmement intéressante parce qu'elle nous proposait toutes les pistes, des réponses à cette question. Il

a été mis en avant tout d'abord un mode de gouvernance partagée avec les acteurs de terrain. Je vois là une solution tout à fait intéressante. Il y a également la logique de réseau. Nous la voyons notamment à Maurepas avec le Réseau santé-bien être qui a permis des innovations qui viennent du terrain. Par exemple, nous mettons en place pour la première fois les ETP hors les murs ; c'est vraiment né du terrain et nous ne partons pas finalement de préconçus institutionnels. Enfin, les parcours santé ont été également avancés comme une solution possible à cette question.

Henri Metzger

Je voulais juste donner un élément de réponse.

Lorsque nous sommes passés de notre premier CLS à notre deuxième CLS, nous avons fait trois jours de débats qui ont réuni plus de 250 personnes, par groupes thématiques qui ont permis de définir les objectifs du deuxième CLS. Cela regroupait aussi bien des professionnels de la santé et du social, que des associations, des habitants concernés depuis un certain temps par ce que l'on faisait au niveau santé.

C'est toujours la difficulté : arriver à croiser les logiques ascendantes et descendantes, sachant que l'une et l'autre se nourrissent. Il n'y a pas des choix qui tombent du ciel. Les deux se rejoignent fréquemment. Encore faut-il que l'on arrive à entendre ou que s'exprime la demande qui va également permettre que les actions aient du succès. Sinon, elles ne fonctionnent pas.

Michel Gipeaux

Si vous voulez, pour élaborer un contrat local de santé, nous n'avons pas parlé dans cette salle des groupements d'animation territoriaux en santé. Par le biais de réunions thématiques, nous nous sommes appuyés sur les structures existantes et concernées afin de définir les priorités pour le territoire.

Maud Marchesiello

Je vais me permettre de compléter par rapport au CLS sur l'Autunois Morvan. Il faut savoir que nous avons fait le choix également de ne pas présenter uniquement des actions portées par le CLS et l'animateur du CLS, mais bien de valoriser l'ensemble de l'existant sur le territoire, ce qui veut dire que l'on retrouve des actions qui sont pilotées par des acteurs associatifs, d'autres institutions. Cela a bien montré également l'engagement de ces partenaires. Certes ils ne sont pas signataires ou cosignataires du CLS par contre, il y a un engagement fort de leur part sur le territoire.

Patrick Padovani

Pour reprendre ce qui a été dit, dans chaque thématique, nous ne pouvons construire l'action thématique que si on s'en réfère au public concerné. Dans le cadre, par exemple, des addictions, on ne peut rien faire sans les pairs qui sont ceux qui consomment. Dans le cas d'une addiction, le travail qui est fait ne peut se construire qu'avec eux.

Dans le cadre de l'Alzheimer, on ne peut construire qu'avec les aidants. Dans le cadre du travail que l'on mène sur la thématique Alzheimer, la remontée de la base est fondamentale comme elle est fondamentale dans toutes les actions que l'on mène.

Nous n'en avons pas parlé, mais en filigrane, elle existe pour de bon. Rien ne peut se faire sans cette base-là. Mais elle est fonction du thème et elle est presque évidente. Elle va de soi dans le cadre des thèmes que l'on choisit puisque pour chacun, l'ensemble des acteurs de terrain participe aux actions et à la mise en place de celles-ci. Nous les construisons pour ceux qui sont concernés avec leur expérience et leur réalité.

Marie-Annick Benâtre

Pour ce qui nous concerne à Nantes, je crois vraiment que le contrat local de santé est porté bien évidemment par les institutions, le CHU, la CPAM, qui sont des partenaires, mais je crois aussi par les 42 associations qui répondent à l'appel à projets que nous portons collectivement au niveau institutionnel. Sinon, le contrat local de santé ne serait pas au niveau où il est, y compris dans la proximité, y compris dans les quartiers. Je crois qu'il faut que l'on apprenne, y compris nous élus, à considérer que l'évaluation du contrat local de santé sera positive si l'on n'est pas dans une démarche descendante, mais bien dans une démarche collaborative avec comme acteurs incontournables, les associations qui sont sur les quartiers et les usagers eux-mêmes. Si je prends l'étude d'impact en santé, mais aussi l'atelier citoyen des usagers pour les deux maisons pluriprofessionnelles que nous voulons créer à Nantes, les citoyens expriment leurs besoins et

demandent à ce que la collectivité territoriale, mais aussi l'ARS, l'État et l'ensemble des partenaires et aussi les libéraux d'ailleurs, construisent un projet de santé et des solutions qui répondent le plus possible à leurs besoins. C'est toute cette interactivité qui fait que l'on aura un contrat local de santé offensif et répondant vraiment à la réduction des inégalités de santé.

François Jouan,
Service santé, Ville de Strasbourg

Bonjour. Je voulais réagir sur le propos et je partage totalement tout ce que vous avez dit. Mais je crois qu'il faut aussi que l'on ait à l'esprit le fait de savoir d'où on vient, à savoir que beaucoup des partenaires qui ont signé au départ les premiers contrats locaux santé ne se connaissaient pas du tout. Il a fallu faire déjà ce premier saut de se parler entre nous, entre la Caisse primaire, entre l'ARS, entre la ville et le département sur les objets communs. Cela peut paraître complètement surréaliste en 2016 ou en 2010 quand on prend un peu de recul, mais nous en étions malheureusement là. Ensuite, je pense pouvoir dire que les constats de terrain qui ont étayé les actions faites aujourd'hui ou qui sont en projet, sont aussi montés par les professionnels de santé libéraux. Sur ma ville, certains médecins (médecins territoriaux, médecins libéraux) travaillent depuis 20 ans dans les quartiers. Je ne pense pas que l'on soit totalement déconnecté de la réalité, de ce que vivent les habitants. J'ose espérer et je pense pouvoir dire que les élus écoutent régulièrement ce que leur disent leurs habitants.

Là où je suis d'accord, c'est que parfois, il y a ce sentiment d'une parole totalement descendante et si c'était exclusivement une parole descendante, les CLS ne seraient qu'une déclinaison territoriale d'un PRS (Projet Régional de Santé). Les ARS avaient également parfois le fantasme - je le sais, je viens des ARS - de décliner sans discussion aucune le PRS: « sur votre territoire vous ferez cela », ce qui n'est pas la réalité. Nous avons eu une négociation subtile en fonction de la réalité des territoires.

Un autre exemple : nous n'avons pas beaucoup parlé des libéraux aujourd'hui. On parlait d'adaptation au vieillissement. Je pense que l'on va tous parler bientôt des Plateformes Territoriales d'Appui. Qu'est-ce que cela ? Commencez à vous renseigner si vous ne connaissez pas, car derrière il y a l'adaptation au vieillissement, les situations complexes, les maladies chroniques. Nous sommes en train d'aboutir à un accord de gouvernance partagée avec les libéraux qui nous remontent toujours leurs problématiques de cabinets. Les aidants, les familles. On arrive à trouver un équilibre subtil entre le département, ville et libéraux. Nous sommes en écoute permanente.

Bénédicte Delamare,
médecin généraliste, élue URPS médecins libéraux, membre de l'Association GECO Lib

Justement, cela tombe bien, j'attendais la parole depuis ce matin. Je fais partie de GECO Lib qui veut dire Groupement d'Exercice Coordonné Libéraux et qui est une émanation inter URPS puisqu'il y a 14 professions qui sont en URPS. Ce sont des représentations professionnelles des libéraux. Effectivement, je suis très contente d'être venue ici parce que cela m'a permis d'en savoir un peu plus sur le CLS. Nous avons vu la présentation du CLS de Rennes en conférence de territoire 5 et je pense que pour Rennes, c'était important aussi qu'il y ait des pôles de santé qui soient investis. Pour celui de Fougères, nous avons vu qu'il y a un accompagnement de l'URPS et qu'effectivement, les libéraux font partie du « schmilblick ». Ce que je veux dire, c'est qu'effectivement, ce que j'ai vu, c'est que les élus avaient bougé, avancé, et je suis contente de voir cette dynamique aujourd'hui. Nous aussi, nous avons avancé, nous avons bougé pendant toutes ces années-là. Nous pouvons dire vice versa. Cela fait une dizaine d'années que les libéraux essaient de se coordonner, de travailler ensemble. Il y a des équipes qui travaillent depuis des années et nous travaillons en interprofessionnel. Nous avons mis en place des groupes d'échanges de pratiques, des staffs, des groupes de formations communes et nous nous sommes aperçus qu'avec la maturité, les groupes qui ont plusieurs années ont intégré aussi les usagers, les services sociaux, les hôpitaux, toutes les structures IME, ESAT, etc… sont sur leur territoire. Ils arrivent à un état de maturité qui leur donne envie de faire des choses et de travailler, pourquoi pas, avec les élus.

Ce n'est pas toujours facile parce que nous nous apercevons qu'il y a une peur de partout ; chacun a toujours peur qu'on lui prenne son travail. J'ai vu cela dans mon territoire où nous avons un pôle de santé qui est dynamique et j'ai mis un temps fou à pouvoir voir le maire et le conseil municipal. Il y a quinze jours, nous avons réussi à les voir. Ils ne comprenaient pas pourquoi nous voulions les voir parce qu'ils n'avaient pas de problème de démographie. La santé, pour eux, c'était le nombre de professionnels sur leur territoire. Il y a quand même des endroits où il y a un travail à faire sur ce sujet et je pense que si vous pouvez contacter vos collègues et leur faire de la publicité pour vos associations, ce serait bien. Cela nous aiderait nous aussi. Je crois vraiment à la synergie, à la

transversalité, que tout est imbriqué, qu'il faut y aller tous ensemble. Si chacun fait des choses très bien dans son coin, cela n'avancera pas. Nous en sommes bien conscients sur les URPS en Bretagne et je voulais remettre à sa place le monde libéral. Tout le monde n'est pas parfait partout, il y a des vieux modèles, des vieux médecins qui vont travailler dans leur coin et ne travailler avec personne, mais ceux-là sont en fin de course. Les jeunes qui sortent de l'hôpital veulent travailler en équipe et nous sommes vraiment sur du travail en équipe de plus en plus, avec tout le monde autour de la table.

Michel Gipeaux

Le fait que l'on soit dans un bassin de vie de 50 000 habitants a vraiment des avantages pour le déploiement du partenariat. L'animatrice du contrat local de santé est reconnue sur tout le territoire car elle accompagne les maisons de santé ainsi que les professionnels libéraux (aides à l'installation, demandes de subvention, lien avec les politiques publiques…).

Marie-Hélène Neyrolles,

Déléguée territoriale sur le contrat de la Ville de Nantes, ARS Pays de la Loire

Je crois qu'un des éléments dont nous sommes le plus satisfaits, c'est cet appel à projet commun ente l'ARS et la Ville de Nantes, c'est-à-dire que l'on a souhaité d'entrée de jeu, donner une visibilité très forte à notre action commune en acceptant avec l'ARS de démembrer chaque année notre appel à projets régional Prévention, promotion de la santé, pour en traiter une partie dans un pot commun avec la Ville de Nantes, contrat qui est également signé par la métropole. Je le souligne, car je pense que ce n'est pas fréquent. Nous ne sommes pas les seuls.

C'est une charge de travail importante, partagée, qui nous a permis effectivement une bonne connaissance réciproque de l'ensemble des partenaires et un travail véritablement horizontal. Je crois que c'est une spécificité que l'on va évaluer dans le cadre de l'évaluation de ce contrat, mais à laquelle nous tenons beaucoup, comme levier et comme élément de visibilité.

En ce qui concerne la gouvernance du contrat, nous nous sommes très vite posé la question à laquelle beaucoup d'autres villes présentes ici ont été confrontées, qui est bien évidemment celle de la taille. Vous avez vu que l'on a un nombre de signataires qui est relativement faible parce que nous avions essayé d'anticiper, il y a trois ans, les nouveaux contrats de territoire, en ayant un comité de pilotage politique de signataires et un comité technique qui permettait d'avoir un cercle beaucoup plus large d'effectueurs, de partenaires, de contributeurs, dont le CHU, compte tenu de la place très importante des acteurs des établissements de soins mutualistes et privés sur la ville de Nantes où le CHU n'est pas du tout le seul offreur. Nous sommes confrontés à cette réflexion sur qui mettre dans un premier cercle et dans un second cercle pour pouvoir travailler efficacement, surtout dans la perspective des nouveaux outils que vous venez de rappeler. Nous sommes dans la suite et dans tout ce qui ressort des nouveaux textes et comment cela va s'articuler. Je pense qu'il faut que l'on soit très attentifs à garder une gouvernance qui nous permette d'être efficaces et de garantir la proximité, notamment la rencontre et l'association des usagers pour ces contrats. Voilà ce que je voulais apporter en complément, au stade où nous en sommes aujourd'hui.

Un participant

Je voulais signaler simplement, par rapport aux URPS, que les contrats locaux de santé faisaient l'objet antérieurement d'une approbation, le contrat et ses avenants. Aujourd'hui, il y a une information devant les Conférences de territoire. Les URPS y sont très présentes. Nous avons donc informé les URPS au point O, nous avons travaillé avec elles au point O, ce qui n'empêche pas évidemment un travail de proximité avec des représentants. Le but du jeu est que vous ne vous retrouviez pas à l'URPS avec une tâche d'information de l'ensemble de vos confrères, consœurs sur une agglomération de la taille de Nantes, de Rennes. Il faut trouver les points d'information. Merci.

Loïc BIOT,

Service de la Santé publique, Ville de Grenoble et membre du Réseau Villes-Santé

Je voudrais revenir sur les questions d'observation à partir de celles de Mulhouse pour dire que nous avons là un levier que nous pouvons mobiliser beaucoup plus dans les villes, quelle que soit leur taille d'ailleurs. Nous avons là, je pense, un point d'appui qui sont nos CCAS, Centres Communaux d'Action Sociale, qui ont à produire des analyses

des besoins sociaux et qui peuvent être un bon point de départ pour aller interroger les questions de santé.

Nous allons interroger des données ; parfois, nous allons chercher encore des données à l'échelle des IRIS et en général, cela peut commencer à intéresser d'autres élus, d'autres partenaires, d'aller aborder ces questions-là. Je crois qu'il est vraiment important que nos villes et nos collectivités continuent d'investir dans ces questions d'information. On sait que cela demande du temps, des professionnels qui s'y investissent. Cela permet en même temps d'enrichir des données qui viendraient juste de l'ORS, qui sont simplement un prisme, et ensuite de les croiser y compris avec des agences d'urbanisme. J'ai l'impression qu'à Mulhouse, il y a aussi l'agence d'urbanisme qui est présente. Il y a aussi les départements qui sont détenteurs d'énormément de données sociales qui, une fois que nous les croiserons, vont rejoindre les questions d'inégalités sociales et territoriales de santé.

Si les ARS peuvent continuer également à aider ces questions d'observation, ou parfois financer une étude, je crois que c'est vraiment important, car nous avons une matière première.

J'ai eu l'occasion de présenter des questions de diagnostic à l'Assemblée générale des directeurs d'hôpitaux psychiatriques qui commencent à se poser des questions sur les futurs contrats territoriaux de santé mentale. Ils étaient très intéressés par cette approche et eux-mêmes producteurs de données peuvent être intéressés. Cela peut être un bon point d'accroche en tout cas pour faire rejoindre les personnes autour des questions d'observation. Ce qu'on fait beaucoup à Grenoble, d'ailleurs.

Charlotte Marchandise

Sur l'observation il y aurait beaucoup à dire. C'est un enjeu pour tout le monde.

Ce matin, il y avait avec nous l'APRAS, l'Observatoire des données sociales de Rennes, l'AUDIAR, l'Agence d'urbanisme qui est un observatoire assez conséquent. Je crois que l'ORSB n'est pas là et c'est dommage parce que l'on a un travail en cours qui n'est pas facile. Néanmoins, nous constatons lorsque nous comparons, que d'une part, il y a beaucoup de villes qui paient leurs données - ce qui pose un peu question, des données publiques payées par l'argent public, c'est toujours questionnant. D'autre part, des villes où nous arrivons à obtenir des indicateurs IRIS. Nous avons tout le travail qui a été fait en Rhône Alpes qui est passionnant sur cette question. Enfin, d'autres villes où c'est très compliqué.

Et puis une question : comment les services produisent des données ? Parfois, ce ne sont pas des données, ce sont des rapports PDF dans des caisses, quelque part. Nous devons outiller correctement nos services. Il m'a fallu un an pour que le service santé enfance de la ville de Rennes passe d'Excel à Access parce que la DSI n'y était pas. Donc il y a une vraie question, et je rejoins ce que Laurent disait tout à l'heure, sur la place de l'État, qui est de garantir une équité, une égalité entre les territoires et des outils adéquats pour pouvoir travailler - surtout au moment des Smart Cities, de Etalab, des données ouvertes qui me paraissent essentielles.

Aujourd'hui, nous ne pouvons pas remettre au niveau IRIS les bases de données des hôpitaux, alors qu'au fond c'est un numéro de sécurité sociale. Nous ne pouvons pas avoir des données de quartiers alors que nous en avons besoin. Nous en parlions la semaine dernière au cabinet, ils disaient : « nous n'allons pas aller regarder tous vos observatoires, cela va être trop compliqué pour faire une base de données nationale qui est en cours ». Et nous leur avons répondu qu'il fallait absolument faire cela parce que sinon, nous allions faire des bases de données que personne ne remplirait.

J'invite à la réflexion, pas seulement effectivement les CCAS qui sont évidemment essentiels, mais également tous les autres services qui partagent ce bébé. Si c'est un outil un peu intéressant, si c'est un projet national où nous sommes quelques villes pilotes, cela va motiver et permettre l'intersectorialité. Encore une fois, les logiques gagnant-gagnant sont les logiques qui marchent. Si c'est quelque chose de très complexe et technocrate, cela ne passera jamais ; mieux vaut espérer pouvoir avoir une observation un peu plus fine et capitaliser sur tout ce que nous faisons. Nous verrons ensuite sur les recommandations, mais je pense que c'est effectivement un des points essentiels.

Michel Gipeaux

Ce qui est intéressant aussi en Bourgogne est que nous faisons partie de ce que l'on appelle le « projet expérimental du territoire de santé numérique ». Monsieur a parlé tout à l'heure de la Plateforme Territoriale d'Appui. Nous menons également sur le territoire un projet qui s'appelle eTICSS. C'est très intéressant parce que les différents acteurs qui s'occupent d'une personne peuvent rentrer les données dans une base de données qui est le début d'un dossier personnalisé.

Richard Yvon,

conseiller municipal en charge de la santé, Ville d'Angers, et membre du Bureau du Réseau des Villes-Santé

Bonjour. Personnellement, j'ai bien aimé l'intervention de l'étudiante de Sciences Po parce que je pense qu'elle a raison : dans l'idéal, c'est ce qui devrait être fait, c'est-à-dire que concrètement, il faudrait partir du diagnostic du terrain, de l'état des lieux de la santé et ce qu'il faut corriger pour arriver à l'endroit où cela va se décider, c'est-à-dire au niveau des collectivités. Le problème, et c'est toute la difficulté du contrat local de santé, c'est qu'il nous faudrait le temps d'un mandat pour pouvoir le faire.

Deuxième chose, si vous voulez changer un élément, améliorer la santé d'une population en faisant varier un facteur, ce n'est pas sur le temps d'un mandat que vous vous apercevrez si vous avez été efficace ou non. Il va se passer 20 ans. C'est très compliqué de savoir tout cela.

J'ai une double vision, car je suis médecin généraliste par ailleurs dans un quartier d'Angers. Le problème est que l'on va demander aux professionnels de santé libéraux de s'investir dans des politiques de prévention, d'aller plus loin que l'acte en lui-même. Mais nous n'avons pas une seconde pour le faire. Nous sommes de moins en moins nombreux pour faire de plus en plus de travail. Je ne travaille pas aujourd'hui. Je vous garantis que quand je vais retourner à mon cabinet, je n'aurai jamais le temps d'organiser quelque chose en plus des actes. L'État, on l'a vu, a vraiment une responsabilité puisque tout ce que l'on est en train de voir depuis ce matin, c'est le volet prévention de la santé et cela est le parent pauvre de notre pays. Si nous mettions les moyens dans ce domaine-là, nous pourrions animer au niveau des collectivités le contrat local de santé, nous pourrions avoir des animateurs sur le terrain, nous pourrions vraiment faire bénéficier la population et augmenter son niveau de santé. Pour vous donner un ordre d'idées sur les Pays de la Loire, la dépense de santé de la CPAM, c'est 1 milliard d'euros. C'est 10 millions d'euros pour la dépense pour la prévention. Nous estimons que si nous faisions réduire les grandes maladies évitables induites par les comportements à risque comme le tabac ou l'alcool à l'échelle du pays, c'est 1 % de PIB en plus pour notre pays.

Henri Metzger

Je suis d'accord avec toi. J'aimerais juste faire quand même une sorte de remarque. Quand on parle aussi bien de participation des habitants et de santé dans les quartiers, il faut se replacer dans un moment où je dis que l'« on rame contre le courant », c'est-à-dire que tout notre travail se fait dans un moment où les choses deviennent plus dures, où il y a de plus en plus de précarité dans les villes et qui dit précarité dit aussi plus grande difficulté de l'accroche, de ce qui fait qu'à un moment donné, des hommes et des femmes expriment une demande ou manifestent quelque chose autour de leur condition de vie, de ce qui pourrait les améliorer. Quand on parlait avant du montant et du descendant, cela couvre en fait l'ensemble du champ, c'est-à-dire l'ensemble de tous ces déterminants de la santé, l'alimentation par exemple, tous ces petits projets pour arriver à une alimentation de meilleure qualité. Mais cela se fait dans un contexte où il y a des gens qui sont dans la rue, où il faut remettre des soupes populaires. Je ressens quand même que les choses nous appellent à plus d'imagination parce qu'elles sont également devenues plus difficiles.

Laurent El Ghozi

Quelques éléments de réflexion qui sont également liés au fait que cela fait 25 ans que j'essaie de faire avancer les choses. Nous avions fait à Marseille, je ne sais pas si tu t'en souviens Patrick, en 2008, une Journée nationale d'étude sur l'observation locale en santé dont les actes sont toujours disponibles sur le site d'« Élus santé publique & territoire ». A l'époque, nous avions réussi à recenser 21 villes qui avaient un Observatoire local ou une ébauche d'observatoire local avec précisément cette réflexion qui a été faite tout à l'heure par Grenoble, sur le fait que les ORS donnent des données au niveau du département, quelques fois au niveau des cantons, mais ils ne s'intéressent sûrement pas à ce qui se passe dans les quartiers et encore moins au niveau des IRIS. Donc, il y a 8 ans, 21 villes, je crois, avaient un Observatoire. Aujourd'hui, manifestement, tout le monde est convaincu qu'il faut pouvoir produire ces données, les analyser en lien avec la recherche. Évidemment, nous ne faisons pas un contrat local ni une politique locale de santé si nous n'avons pas fait un diagnostic. Je rappelle donc à cette occasion que la circulaire de juillet 2000 sur les Ateliers Santé Ville dit un certain nombre de choses extrêmement précises. Un : il doit y avoir un diagnostic local. Deux : ce diagnostic local doit être participatif, avec les habitants et cela répond pour partie à votre objection pertinente : il n'y a pas de diagnostic local si on ne s'intéresse pas au vécu des habitants, à leur perception. Quelques fois, ils nous disent des choses qui nous paraissent complètement saugrenues sauf que si nous n'en tenons pas compte, nous pouvons toujours après cela leur raconter toutes les histoires que l'on veut, nous ne serons pas crédibles. Ce travail-là est à

la racine même des Ateliers Santé Ville qui sont à l'origine des contrats locaux de santé. On ne peut pas faire l'impasse là-dessus.

L'intérêt du diagnostic participatif est de le rendre public. C'est un outil de plaidoyer. Ce n'est pas simplement pour faire des jolies cartes avec des jolies couleurs, mais c'est un outil de plaidoyer vis-à-vis de nos collègues élus d'abord, vis-à-vis du maire, pour montrer qu'il y a des besoins qui ne sont pas couverts. Les habitants disent des choses et si le maire veut être réélu, il doit répondre à la demande des habitants. C'est ainsi que cela fonctionne. Le diagnostic doit donc être participatif avec les populations et avec les professionnels et il doit servir de plaidoyer et de base pour mettre en place les politiques. Cela est écrit dans la circulaire Atelier Santé Ville d'il y a 16 ans.

Sur l'impact des actions que l'on peut mener et par rapport à ce que dit notre collègue d'Angers : je ne suis pas d'accord. Il ne faut pas 10 ans pour changer des choses. Pour faire la preuve que les actions que l'on mène sont utiles et efficaces, il faut prendre des exemples sur lesquels nous avons possibilité d'agir, sur lesquels nous avons un indicateur simple et visible, sur lequel nous avons une politique construite. Je prends deux exemples qui sont basiques et sur lesquels en quelques années nous pouvons faire bouger les indicateurs : le besoin en soins bucco-dentaires. En trois ans, l'indicateur CAO, de « dents cariées, absentes ou obturées », a baissé ; en 8 ans, c'est plus qu'un mandat, d'accord, mais cela a été divisé par deux. Voilà quelque chose où nous faisons la preuve que cela vaut la peine d'y mettre un peu d'argent. Deuxième exemple sur le surpoids et l'obésité : à l'évidence en quelques années, nous pouvons modifier non seulement la moyenne du poids des élèves de telle ou telle classe, mais aussi réduire les écarts. Ce serait bien d'ailleurs d'harmoniser les indicateurs à l'échelle nationale, mais c'est un autre débat. Nous pouvons montrer en quelques années que nous avons un impact sur cela. Sur un certain nombre de sujets, si nous nous donnons les bons indicateurs et si nous mettons en place des actions, sur le dépistage des cancers, notamment du cancer du sein, nous pouvons montrer qu'en quelques années, nous avons un impact positif.

Il ne faut pas croire que nous sommes sur du temps très long et qu'il faudra attendre la génération suivante pour montrer que ce que l'on a fait sert à quelque chose. Simplement, il faut choisir une ou deux actions sur lesquelles nous allons pouvoir prouver que cela sert à quelque chose et à ce moment-là, nous avons un plaidoyer efficace.

Dernier point sur les observatoires. Grenoble a parlé de l'ABS, l'Analyse des Besoins Sociaux. Toutes les villes doivent faire une analyse des besoins sociaux. Dans le questionnaire que nous vous avons proposé, le quizz, nous n'avons pas mis cela. Nous n'avons pas posé cette question. Mais est-ce que nos diagnostics locaux de santé sont couplés, corrélés avec l'Analyse des Besoins Sociaux ? Je sais qu'il m'a fallu un mandat entier pour que cela se fasse et aujourd'hui, il n'y a pas de problème. Cela a été compliqué, mais l'ABS permet de produire un diagnostic social qui est territorialisé. Il faut essayer de l'obtenir à une échelle la plus fine possible, ce qui n'est pas toujours le cas. Nous avons aussi à Nanterre un Observatoire de l'Habitat, un Observatoire de la délinquance soit quatre observatoires qu'il faut essayer de mettre en lien. Montrer que l'Observatoire Local de la Santé peut enrichir la compréhension, la réflexion de nos collègues du social, de l'habitat et autres leur permet après d'accepter qu'il y ait une interaction et qu'eux aussi enrichissent l'Observatoire Local de la Santé. Nous voyons bien que la transversalité, l'intersectorialité, c'est aussi difficile dans nos conseils municipaux et les équipes municipales, mais c'est un véritable enjeu.

Merci.

Françoise Jabot

Pour aller dans le même sens, mais peut-être un peu plus loin sur les questions de résultat. Même si nous n'avons pas d'indicateur, même si nous ne pouvons pas le prouver, nous savons que l'activité physique est un bienfait pour la santé. On peut se fixer des objectifs intermédiaires dans le chemin à parcourir pour aller du problème à son atténuation. Nous avons un certain nombre de données sur la qualité de l'alimentation, l'activité physique, la qualité de l'air, etc. Et si nous créons des environnements favorables à la santé et si on donne des conditions favorables à la santé pour les personnes, c'est déjà bien. Nous n'allons pas être en mesure de montrer que nous avons eu x habitants qui ont fait de l'activité physique et que chez eux, nous avons diminué de x % l'incidence du cancer par exemple. Mais nous savons que l'activité physique est efficace.

Laurent El Ghozi

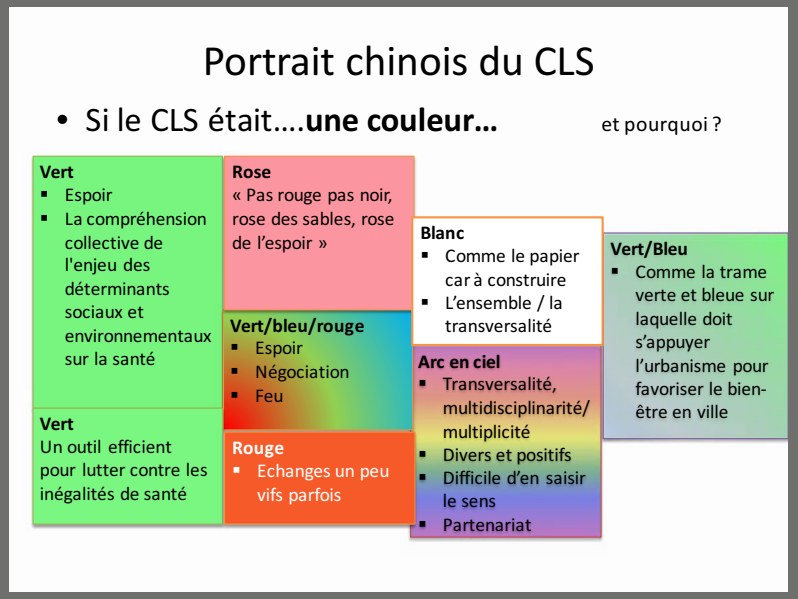
Il faut faire la preuve que lorsque nous investissons, lorsque nous demandons au maire ou aux autres élus de mettre de l'argent sur l'activité physique, sur le dépistage bucco-dentaire ou autres, cela a un impact. Bien sûr, il y a les travaux nationaux, internationaux qui prouvent. Mais il

n'empêche que localement, pour la population qui est réceptive, qui doit adhérer aux politiques que l'on mène, et pour les autres élus qui mettent des sous, il faut faire la preuve.

Charlotte Marchandise

Merci à tous. Je crois que l'on pourrait débattre pendant un moment encore, mais il y a des trains à prendre. Nous voulions vous présenter les résultats du petit quizz et essayer de commencer à aller sur les recommandations.

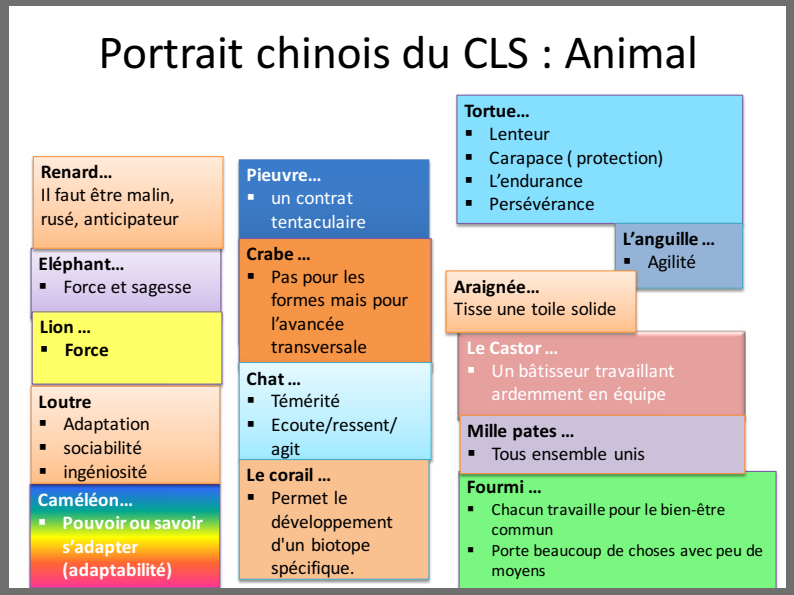
RÉSULTATS QUIZZ



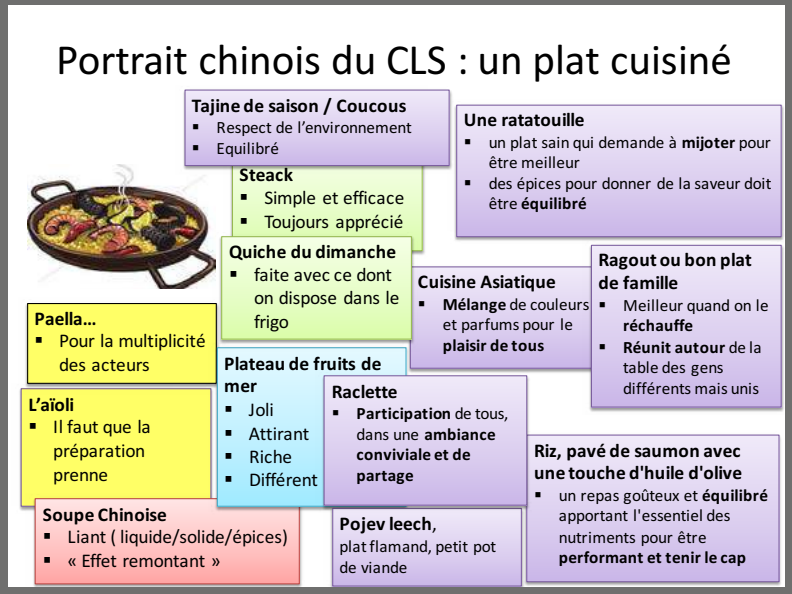
Sur le portrait chinois du CLS : cela va peut-être nous permettre de parler de santé autrement que sur notre discours classique puisqu'il y a des choses que l'on sait mais qui visiblement ne sont pas partagées partout et par tous. Je vous proposerai, dans la deuxième partie, d'être à nouveau dans l'interactivité et de vous dire : « Nous partons d'ici avec quoi ? Avec quelles recommandations ? » Nous avons un cadre local qui est basé sur ce qui se passe sur le terrain et cela porte notre revendication nationale ; nous voulons que le national crée son cadre en parlant de notre expérience. Et, à l'intérieur de ce cadre, une fois que nous sommes tous d'accord, comment développons-nous des stratégies ?

Le portrait chinois du contrat local de santé. Il y a plusieurs couleurs.

Beaucoup de vert. Et puis pas mal d'arcs-en-ciel sur les différents mots. Je trouve cela intéressant. Le rouge : « échanges un peu vif parfois ». Je crois que c'est le rôle de l'élu également d'accueillir la parole quand cela ne va pas. Les Ambassadrices de la santé de Lille parlaient tout à l'heure des émotions et de pouvoir accueillir quand cela ne va pas, c'est je crois le premier bon point pour commencer à construire. Dès lors que l'on nie tout ce qui ne va pas, cela ne fonctionne pas très bien.

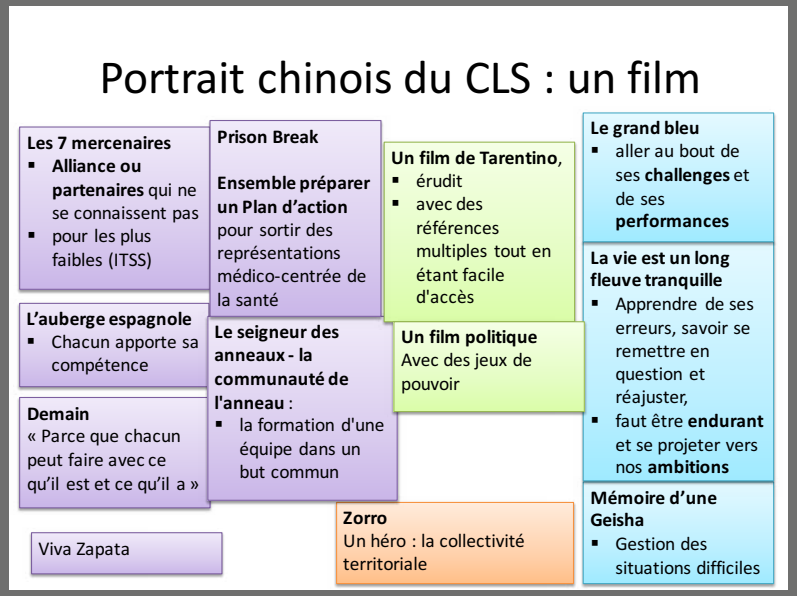


Le portrait chinois de l'animal. Le caméléon a un corps arc-en-ciel. Force et sagesse, malin, rusé, anticipateur, adaptation. Le crabe, pour l'avancée transversale. Je vous invite, la prochaine fois que vous irez dans les services, à visualiser un crabe, je pense que ce sera intéressant. Quant à l'araignée, effectivement, cela me touche un peu. Je pense que la toile, la solidarité, le fait d'être capable de s'appeler entre élus et d'être au-delà des logiques de compétition territoriale que le rayonnement et l'attractivité créent, cela est intéressant, par rapport à Rennes et Nantes par exemple, sur les petites tensions qui peuvent exister. Cela peut être aussi un outil. Cela m'arrive d'aller voir nos services en disant : « à Nantes, ils font cela, il faut que nous le fassions aussi ». C'est aussi un levier.

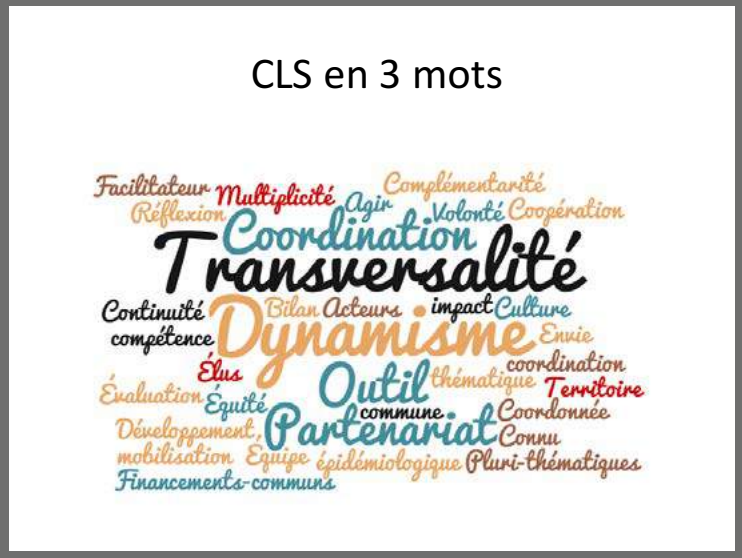


Un plat cuisiné. Je ne suis pas sûre que ce soit très PNNS ! Dans tout cela, je retrouve la convivialité qu'il y a sur le contrat local de santé à Rennes ou sur le Conseil Local de Santé Mentale, pour lequel la nouvelle charte intègre la convivialité et la bonne humeur dans ses valeurs et ses principes. Après tout, si nous n'avons pas cela et si nous sommes toujours très sérieux et en opposition, nous n'allons pas y arriver. C'est vrai : quand nous sortons un peu de notre posture et que nous commençons à aller boire un verre ensemble, sans alcool évidemment, à aller sur le terrain, inviter les associations, à aller sur les actions de terrain, les flash mobs, les

dépistages, je pense que nous sommes beaucoup plus légitimes ensuite pour parler au niveau local ou au niveau national. Plutôt que d'avoir lu un rapport d'activité que je peux lire chez moi, même si c'est évidemment un temps fort associatif, cela crée de vraies relations.



Le portrait chinois du CLS : un film. « L'alliance ou les partenaires qui ne se connaissent pas », « les sept mercenaires », « l'Auberge espagnole », « Prison Break », « La communauté de l'anneau », « Mémoires d'une geisha », je ne m'avancerais pas là-dessus. Nous avons vu que la vie affective et sexuelle est un de nos points clé d'entrée dans les quartiers… En tout cas, ce n'est pas un long fleuve tranquille.



Les trois mots clés. Cela permet de synthétiser car nous produisons beaucoup. Pour les personnes qui n'ont pas encore eu l'occasion de nous lire, vous pouvez récupérer des guides, que ce soit de « Élus, santé publique & territoires » ou du Réseau des Villes-Santé OMS. Sur nos sites Internet, toutes nos publications sont ouvertes aux membres comme aux non-membres.

Nous nous demandions, pour les prochaines Rencontres des Réseaux Villes-Santé européens, si nous n'allions pas organiser un speed dating entre élus et techniciens : trois minutes pour présenter un point précis et se rencontrer, se connaître. Ou bien faire un MOOC, des vidéos qui seraient peut-être des modes de formation plus intéressants, pour illustrer nos actions, avoir des images et pouvoir encore une fois se référer au concret.

Je ne sais pas si vous pourrez dire qu'il y a des surprises dans les mots clés. Peut-être « financement commun », c'est une des pistes qu'a données Nantes. Des appels à projets transversaux, c'est-à-dire hors du champ strictement de la santé. Cela a été fait à Rennes sur le cas du Plan Alimentation durable, où nous avons mis de l'argent en commun entre plusieurs services de la Ville de Rennes pour mener une action. En tout cas, pour

nous, c'était très novateur et très intéressant.

3 mots qui ne devraient pas caractériser un CLS

Trois mots qui ne devraient pas caractériser un CLS : « réponse à la désertification médicale », « la collectivité qui s'empare de tout », le « millefeuille », la « désinformation » et puis « l'opacité » et la « dilution des politiques nationales », le « budget » (je ne sais pas dans quel sens).

UN Conseil clé sur les CLS

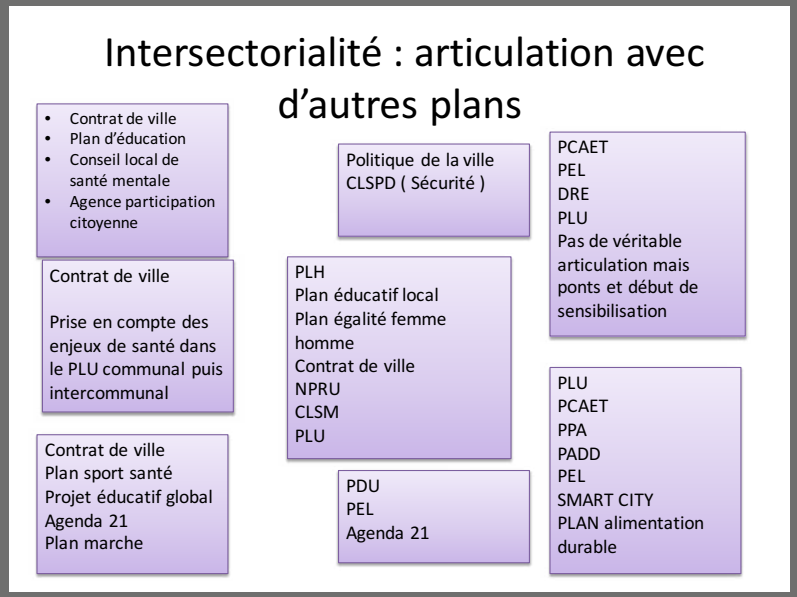
- Impliquer tous les acteurs et citoyens du territoire ***dès le départ*** *(asso de patients,…)*

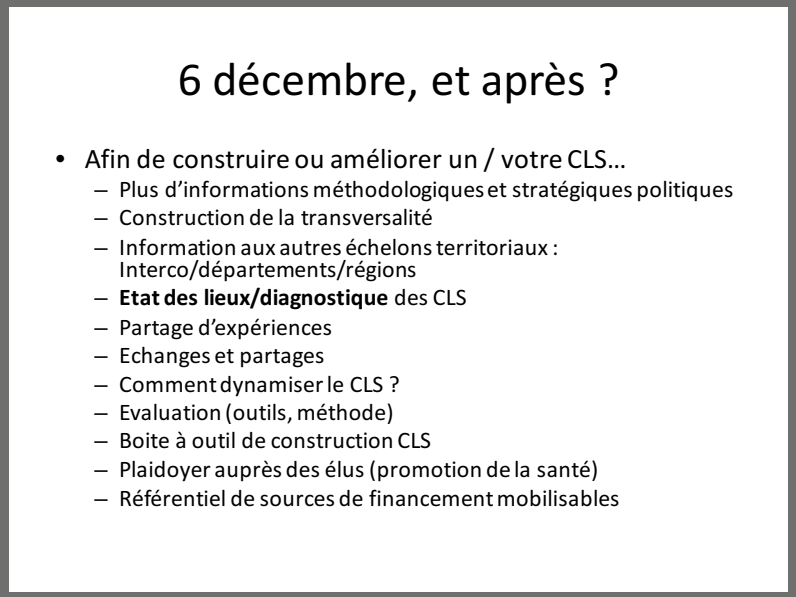
Être à l'écoute, mobilisation partenariale, fédérer, construire ensemble

- Mobilisation des partenaires institutionnels et de terrain
- Mobilisation/Formalisation/Evaluation

- Volonté et portage politique
- Convaincre élus des autres délégations
- Cultiver les relations transversales/décloisonner
- Animation au pilotage
- Bien négocier avec ARS (pilotage et moyens)

Vos conseils clé sur les CLS : « impliquer tous les acteurs et citoyens du territoire dès le départ », pour les villes qui sont en début de CLS. Voilà un bon conseil. « Être à l'écoute, mobilisation partenariale, fédérer, construire ensemble » en se donnant les moyens. L'Institut Renaudot est une ressource vraiment importante pour « faire avec » les citoyens, dans une logique très égale et sans faire uniquement des concertations où les choses seraient déjà décidées en amont mais bien quelque chose de réellement interactif. Cela ne s'improvise pas. Nous l'avons beaucoup testé récemment sur le budget participatif. La participation ne se décrète pas, cela se construit et cela prend du temps. « Mobilisation des partenaires, formalisation, évaluation ». Le portage politique. « Les relations transversales ». Je pense qu'il faudrait y revenir : cela ne se décrète pas, cela se construit sur des projets précis, cela se négocie face à d'autres enjeux. Je pense qu'il y a une vraie négociation, un vrai rapport de force à avoir. Faire partie d'un réseau national. Pour ma part, c'est une vraie force de négociation par rapport à d'autres enjeux sur les politiques transversales. « Bien négocier avec les ARS ».





L'intersectorialité. Vous êtes en lien avec le Contrat de ville, le Plan d'Education Local, le Conseil Local de Santé Mentale, les Agences de participation citoyenne, l'Agendas 21, le Plans Marche, le Plan Egalité Hommes-Femmes, le Plan Local d'Urbanisme. J'essaie de dérouler tous les acronymes. Le CLSPD, Contrat Local de Sécurité et de Prévention de la Délinquance, le Plan de Déplacement Urbain, le Plan Climat-Air-Energie Territorial, le DRE, Dispositif de Réussite Educative, le Plan d'Aménagement de Développement Durable (PADD), la Smart City, le Plan Alimentation Durable. Maintenant, il va falloir détailler. Ce sera peut-être un des enjeux à venir, la façon dont cela s'exerce, est-ce sur le papier, est-ce dans les faits ? Est-ce parti du terrain ? Est-ce que cela a été ensuite efficace et évalué ?

De quoi avez-vous besoin ? Quelles sont vos demandes ?

« Plus d'information méthodologique et stratégique, politique ». Est-ce que le MOOC sera une réponse, je lance la parole. Est-ce que cela vous paraît une réponse adaptée pour cette demande méthodologique et politique, le fait d'avoir des vidéos ou des cours en ligne, des séquences avec des capsules, cela vous paraît-il une réponse ? Oui. Vous vous formeriez sur Internet. Non ? Sans opinion, ne se prononce pas.

« Construction de la transversalité ». « État des lieux, diagnostic des CLS », nous sommes dedans.

Et « la boîte à outils ». Il y a vraiment cette question de kit et référentiel de sources de financement mobilisables. Nous ne l'avons évidemment pas publiée. Nous avons fait un peu le tour des financements possibles et je pense que c'est un des enjeux que l'on a vraiment à voir maintenant. Sur les Ateliers Santé Ville, par exemple, tout le monde est d'accord. Cela fonctionne, c'est bien. Néanmoins, à Nantes par exemple, l'Atelier Santé Ville n'est plus financé. Cela pose vraiment question. C'est dépendant maintenant uniquement de la politique volontariste de la Ville. Je pense que l'on ne disait pas que les associations sont faibles. En revanche, elles

sont fragiles et là, il y a une vraie fragilité de pérennité de moyens et le désengagement de l'État impacte les villes qui doivent baisser leurs dotations, leur soutien aux associations et c'est assez catastrophique.

J'aurais été assez intéressée d'en savoir plus sur les échanges postuniversitaires dont vous parliez. Comment mobilisons-nous les jeunes médecins ? Comment mobilisons-nous également les jeunes professionnels de santé sur les questions « sport santé sur ordonnance » qui vont venir.

Je pense qu'un des enjeux fondamentaux qui est transversal, c'est l'éducation, nous en avons beaucoup parlé. Mercredi et jeudi, il y aura une conférence à ce sujet. La semaine dernière, Marisol Touraine et Najat Vallaud-Belkacem, Ministres de la Santé et de l'Éducation nationale, ont signé une convention. C'est un premier début effectivement, d'en haut. Maintenant, comment y mettons-nous du contenu ?

Ce serait peut-être l'ouverture de la discussion sur « Y a-t-il des collaborations nouvelles, réussies, des stratégies qui ont marché ? » Je pense à l'Éducation nationale, mais cela peut être d'autres, pour pouvoir commencer à illustrer cette transversalité. Et puis surtout, au-delà de ce qui fonctionne, comment avez-vous réussi, quel a été le point d'entrée ?

Ce sont les études qui le montrent, notamment avec le projet RICAP : il y a une analyse de la littérature sur comment nous prenons les décisions politiquement. Il faut reconnaître qu'il y a également des décisions qui se prennent parce que nous nous rencontrons, que nous nous croisons à un moment dans le couloir et que c'est ce moment-là où nous arrivons à négocier en face.

Je vais présenter le travail sur l'urbanisme favorable à la santé aux élus métropolitains parce que j'ai, non pas harcelé, ce serait excessif, mais j'ai insisté de façon répétée auprès du directeur en charge de ces questions. Finalement, nous y sommes arrivés, mais ce sont deux ans de répétition à chaque fois que l'on se croise. C'est également comme cela que cela se passe et je pense que c'est bien de se le dire parce que cela fonctionne et plus nous le reconnaissons, moins ce sera personnalo-dépendant. Parce qu'une fois que c'est ancré, c'est ancré. Si nous avons beaucoup de choses qui se passent très bien sur la santé à Rennes, c'est parce que cela fait 25 ans que nous en parlons et qu'il y a une culture des services et même s'il y a encore beaucoup de choses à faire en transversalité, nous devons créer cette base-là tous les jours.

Zoé Héritage

Nous avons essayé de prendre en compte les remarques qui étaient faites soit par YouSlide, soit par les post-it. Si vous n'avez pas vu le vôtre, envoyez-le-nous plus tard si vous le voulez. Je ne sais pas si vous avez des réactions, surtout sur la partie des diapositives « les plus sérieuses » qui étaient celles sur les conseils donnés pour les suites d'aujourd'hui. Voulez-vous ajouter quelque chose ou avoir des précisions là-dessus ?

Nathalie Le Formal,

ARS de Bretagne, Directrice Délégation départementale d'Ille et Vilaine

Suite à ce matin et à mon intervention, j'ai eu l'occasion de discuter avec une personne dans la salle. Avant même de mettre en place les contrats locaux de santé, une chose essentielle est la rencontre avec l'ARS au niveau départemental. C'est important de le souligner. Peut-être que tous les autres dans la salle sont au niveau, mais c'est quand même impressionnant de se dire qu'il y a des villes ou des intercommunalités dont le DT ou la DT ARS, n'est toujours pas entré en contact avec ses territoires. C'est quand même la première chose pour aider à constituer, à monter les contrats locaux de santé.

Ensuite, sur le Réseau des Villes-Santé OMS, je crois qu'il faut vraiment continuer à s'appuyer sur les Réseaux régionaux pour que les élus qui ont l'expérience dans leur ville et qui sont suffisamment avancés, vous puissiez contacter le Réseau pour qu'il fasse le déplacement dans vos villes, qu'il aille rencontrer les maires ou vous accompagner éventuellement auprès de l'ARS pour défendre cette situation-là. Même si vous avez des services techniques, c'est vrai que c'est une façon de faire pour laquelle, peut-être, nous pouvons vous aider sur la préparation de ces réunions. Cela me paraît essentiel pour que l'on puisse gagner de nouvelles villes au sein du Réseau.

Et parmi les propositions que tu nous as lancées et sur lesquelles nous n'avons pas été très réactifs, j'ai une grande réserve sur les MOOCs. Je n'y crois pas pour les avoir testés professionnellement. Cela demande de la discipline supplémentaire et un temps sur notre lieu de travail que nous n'avons pas. Par contre, la proposition du « Speed dating » me plaît bien mais cela nécessite une coordination au niveau du Réseau pour que chacun d'entre nous puisse savoir sur quoi nous nous focalisons et le présenter efficacement et rapidement.

Gérard Boussin,
Ville d'Angers

Personnellement, j'avais deux demandes. La première concerne comment nous communiquons avec l'ensemble des acteurs : s'il y a des expériences, nous avons entendu parler de newsletters tout à l'heure. A Angers, nous avons un contrat local de santé signé en 2013, le deuxième est à travailler avec le nouveau PRS. C'est un peu particulier parce nous sommes partis mono-thématique, sur notre souhait et à la demande de l'ARS. Ensuite, il nous a été demandé d'être pluri-thématique. Pour les instances de gouvernance, nous avons perdu des partenaires en route. Comment maintenons-nous l'appétence pour ce contrat local de santé, pour l'ensemble des partenaires de son territoire, pas seulement les signataires ? Comment continuons-nous à travailler ensemble ? Et quelles sont les instances de gouvernance qui fonctionnent en dehors du comité de pilotage ?

Deuxièmement : il y a eu beaucoup d'attentes sur les financements. Il y a des appels à projets qui fonctionnent, mais les acteurs se perdent un peu. Quand ils déposent des demandes de financement en répondant à des appels à projets ou sur des thématiques, ils sont renvoyés sur le contrat local de santé, mais nous n'avons pas beaucoup de réponses à leur donner. Là-dessus, j'attends également des échanges d'expérience.

Henri Metzger

Concernant les financements, j'ai remarqué qu'en amont, quand tu fais un travail en particulier, dans un quartier avec des habitants et que tu aboutis à un projet qui se tient, en général, avec la persuasion, tu arrives à trouver les financements. Je pense également que pour que cela fonctionne dans la durée, ce sont les transversalités qui jouent, la dynamique qui vient une fois de tel partenaire et de tel projet, une autre fois d'un autre. Plus tu arrives à étendre tes transversalités, plus le contrat local s'installe comme une réalité, comme une possibilité et cela fait tout un tas de gens qui sont concernés. Chez nous, cela fonctionne à peu près de cette manière. Ce qui est intéressant également, c'est quand on te dit « votre truc ne marche pas ». C'est qu'il y a quelque chose qui ne fonctionne pas. C'est le moment de relancer une dynamique en comprenant pourquoi telle ou telle partie de la toile d'araignée de ce réseau est en train de faiblir. Il y a quelque chose à installer. C'est un peu comme un filet.

Laurent El Ghozi

Par rapport à ces questions : cet engagement n'est pas obligatoire donc c'est un travail permanent de mobilisation et de conviction de la population, des professionnels, des autres élus, des services de l'ARS. Et pour convaincre, il faut avoir des éléments de preuve. D'une part, des dossiers bien construits, mais surtout, faire la preuve que ce que l'on fait sert à quelque chose et que tout le monde y trouve son bénéfice. Quand je disais tout à l'heure « croiser l'analyse des besoins sociaux ou l'observatoire social et les données de santé », tout le monde va y trouver son bénéfice et les partenaires du CCAS par exemple ou des associations qui sont dans le champ social vont se dire : « c'est intéressant ». Nous ne voyons que « des pauvres » ou des gens qui viennent demander des droits ou des aides, mais ils ont également des besoins de santé et le service de santé contribue à améliorer leur situation, etc. Travailler sur la question de la santé et du RSA par exemple, vis-à-vis du département, c'est une manière de crédibiliser les actions. Mais c'est un combat permanent et il n'y a pas d'obligation pour les Maires.

Nous sommes obligés de réparer les trous dans les routes et dans les trottoirs, nous ne sommes pas obligés de faire un CLS ni de nous impliquer dans un CLS. Donc il faut que ce soit gagnant-gagnant et véritablement, je suis convaincu que l'on peut prouver que c'est gagnant-gagnant, pas simplement avec la littérature internationale, même si c'est important. Mais, concrètement, le CCAS a gagné avec le dispositif de réussite éducative. Il a gagné avec les informations que lui apporte la politique de santé globalement, et le CLS en particulier. Je crois que c'est vraiment comme cela que l'on avance.

Cyrille Morin,
Vice-Président du Planning Familial d'Ille-et-Vilaine

Personnellement, j'ai été très sensible à tout ce qui s'est dit au cours de la journée. Je vais vous expliquer pourquoi. C'est une toute petite histoire. Nous, au Planning familial, nous sommes un mouvement d'éducation populaire, féministe, s'il en est, mais nous sommes également une association qui propose de l'information et des consultations pour un accompagnement global en santé, c'est-à-dire que nous allons de l'information de prévention jusqu'à la consultation gynécologique aux consultations psycho en passant par le conseil conjugal et familial. Et sur le département, en 2015, nous étions à 3 500 consultations pour l'année, ce qui est pas mal.

Et bien souvent lorsque nous allons dans les communes, dans les communautés de communes et dans les villes, nous sommes accueillis sur le volet lutte contre les discriminations des politiques publiques. Nous avons une vraie difficulté, sur le territoire au niveau du département. Je ne dis pas que c'est le cas partout en France, car je pense que c'est le fruit de l'histoire locale qui s'est construite entre nous et nos partenaires. Nous avons une difficulté à être reconnu comme un acteur de santé. Nous y travaillons et tout dernièrement, les choses se sont décantées par rapport à la Ville de Rennes. C'est également pour cela que nous sommes présents aujourd'hui, c'est que les choses évoluent. Je pense qu'il faut faire attention à bien identifier tous les leviers associatifs là où ils sont c'est-à-dire que parfois, il peut y avoir des associations dont nous allons voir le discours politique parce qu'il va s'afficher publiquement à grands coups de campagne. Mais il y a aussi derrière des actions pour l'accompagnement en santé des populations et je pense qu'il faut savoir le voir.

Nous, au Planning familial en Ille-et-Vilaine, nous avons notamment une convention avec deux autres associations : une sur le territoire rennais, qui est l'UAIR l'Union des Associations Interculturelles de Rennes, sur de l'accompagnement en vie affective et sexuelle ; l'autre qui est l'ADAPEI 35, sur de l'accompagnement et de la formation des professionnels sur l'accompagnement en vie affective et sexuelle des jeunes hébergés par les foyers de l'ADAPEI. Nous avons donc une reconnaissance en interne du tissu associatif qui est là, depuis longtemps. Nous avons de très bonnes relations avec les élus de la Ville de Rennes et le département. Les choses se sont mises en place depuis très longtemps. Pour autant, nous sommes le plus souvent repérés sur l'aspect lutte contre les discriminations et égalité hommes-femmes. C'est ce qui me questionne. Je me demande s'il n'y a pas d'autres associations peut-être sur d'autres domaines, dont l'action sur le côté santé est devenue un peu invisible de cette manière-là.

Charlotte Marchandise

Effectivement, il y a des chasses gardées. Plus nos politiques sont cloisonnées, moins nous pouvons en parler. Il y a des alliances qui ne sont pas construites. Nous ne pouvons pas connaître tout le monde. C'est vrai que cette relation de confiance se crée aussi sur des évènements.

J'essayais de pointer les leviers locaux et les leviers nationaux. Comment sommes-nous en lien avec des associations locales et qui ont souvent, comme le Planning, des branches nationales ? Je pense à AIDES également qui a travaillé sur la santé communautaire, le parcours en santé et la place des usagers. Ce sont des leaders. Comment pouvons-nous également faire remonter nos partenariats, dire qu'il y a un partenariat très ambitieux et qui produit des choses intéressantes à un endroit et faire en sorte que l'association nationale puisse réinviter ses associations locales à venir participer aux CLS ? Il y a un lien entre les réseaux nationaux et là, c'est tout l'objectif du plaidoyer avec la Coalition pour la promotion de la santé. Ce partage-là est vraiment fondamental, faire des tribunes communes, essayer d'avoir un peu de presse. Si on signe une tribune, non seulement les huit associations de la Coalition pour la promotion de la santé, mais en plus avec le Planning et d'autres, sachant que ce sont des expériences de villes qui remontent, cela va permettre de faire connaître les actions et de sensibiliser les associations locales. Elles pourront se dire : « je suis dans une ville où il y a un CLS et nous ne nous sommes jamais parlé ». Cela peut créer des opportunités d'action locale. En tout cas, merci de votre témoignage.

Par rapport aux leviers nationaux, nous avons écrit également à l'Union nationale des CCAS pour essayer de travailler avec eux. Là aussi, il y a certainement des plaidoyers à faire en commun. Nous travaillons sur les inégalités sociales de santé. L'Union nationale des CCAS travaille également dessus. Cela fait partie de nos enjeux. C'est aussi une question de l'Institut pour la Démocratie en Santé, qui est un institut national créé avec la nouvelle loi. Sur la démocratie en santé, pouvons-nous travailler au niveau national aussi ?

Bernard Le Bec,
Ville d'Évry

J'ai la chance d'avoir à la fois la santé et la politique de la ville donc je peux faire un parallèle rapide. Deux, trois points. Merci pour la journée, c'est intéressant. Deuxièmement, deux réflexions qui viennent sur cet après-midi. La première : quand nous voyons le quizz, nous avons quand même le sentiment que nous sommes en train de rajouter un dispositif à d'autres dispositifs (PLU, PLH, CLSM, CLI, CLSI, etc.) et à un moment, nous sommes un peu perdus. Je ne sais pas qui a raison, qui a tort, mais en tout cas, recréer des Observatoires Locaux de Santé à côté d'un Observatoire Local de l'Habitat à côté d'un observatoire de ceci, à un moment, nous sommes tous perdus. On crée des comités de pilotage et compagnie. Il y a une vraie question. Ne peut-on pas parler de projet de territoire dans lequel il y aurait plusieurs sujets qui viendraient dedans ? D'autant plus que vous avez des agglomérations maintenant qui sont regroupées avec de grosses agglomérations en Ile-de-France qui sont un

acteur complémentaire et qui pour l'instant n'ont pas totalement encore pris la question de santé. C'est le premier point.

Deuxième recommandation. Quoi que nous disions, les finances sont quand même un enjeu important, car cela coûte, la santé. Nous demandons de plus en plus aux collectivités. J'ai un vœu pieux que je n'ai pas réussi à mettre sur le Contrat de ville depuis des années : si nous dotions un contrat local de santé d'une enveloppe financière pour éviter d'avoir tous les ans à faire des appels à projets, à la politique de la ville, au département, à l'ARS, à la CPAM, etc… ? Nos acteurs locaux, les associations en particulier qui sont l'émanation des habitants, à un moment, vont passer plus de temps à faire du document qu'à faire de l'action. Et je pense que ce serait très positif si nous pouvions arriver à avoir une enveloppe sur un contrat de trois ans, avec une évaluation qui ne soit pas l'usine à gaz que nous a envoyée l'ARS pour l'évaluation de nos CLS actuellement - c'est une évaluation non partagée et qui ne s'appuie pas sur la réalité du terrain.

Françoise Dumay,
Directrice Santé publique environnementale, ARS Centre Val de Loire

Pour rebondir, en Centre Val de Loire, nous avons une trentaine de contrats locaux de santé, 17-18 signés et certains effectivement de 2e ou 3e génération. Nous avons souhaité cesser l'appel à projets Santé publique en région l'an prochain pour nous lancer effectivement plutôt dans un financement au travers des remontées au sein des délégations départementales, sur la base essentiellement des contrats locaux de santé. La région est quasi-couverte en fait. Et cela, en complément des conventions pluriannuelles qui sont là depuis plusieurs années avec les « grands opérateurs ». Grand ne veut rien dire, mais simplement qu'ils sont interdépartementaux. Nous allons donc nous lancer à l'aventure avec cette idée qui vient d'être débattue. D'une part, de s'inscrire dans la durée du CLS et ensuite, de favoriser ces actions qui ont été imaginées ensemble, élus, habitants, professionnels de santé et en se préoccupant effectivement plutôt de l'évaluation globale, au moment de l'évaluation du CLS, avec un planning d'évaluation co-construit.

Parallèlement et indépendamment de cette aventure que nous allons vivre l'année prochaine, plus cela avance plus il y a une inquiétude évidente de l'ensemble des partenaires, aussi bien l'ARS que les partenaires de l'intersectorialité. Nous essayons d'embarquer avec nous les autres financeurs. Ce n'est pas encore tout à fait là.

Dernier point : nous avons lancé l'évaluation globale de la politique de déploiement des CLS, non pas une évaluation de chaque CLS, depuis la mise en place de l'ARS. Nous attendons les résultats pour fin juin 2017.

Marie-Hélène Neyrolles,
Déléguée territoriale sur le contrat de la Ville de Nantes, ARS Pays de la Loire

Nous partageons tout à fait les préoccupations de l'ARS Pays de la Loire sur la simplification du paysage et des financements pour nos partenaires. La clé, nous l'avons trouvée localement sur Nantes avec, justement, un seul appel à projets commun pour simplifier complètement les financements en complément, comme le disait ma collègue de la région Centre Val de Loire, de contrats de financements à 3 ou 5 ans pour les grands partenaires. Cette enveloppe affectée à chacun des CLS signés nous permet de disposer d'un montant défini pour le diagnostic préalable et de sanctuariser également sur la durée. C'est la co-construction. Je crois qu'il faut retenir quelque chose de simple : ne pas faire du millefeuille illisible, c'est-à-dire que nous avons posé en principe que lorsqu'il y avait un CLS sur le territoire et un contrat de ville, le CLS constituait le volet santé du Contrat de ville.

Nous venons de faire la même chose avec les Contrats de ruralité. Nous sommes en effet dans des départements où il y a à la fois des grandes agglomérations et des contrats pour 50 000 habitants, parfois moins. Nous sommes alors dans le cadre des Contrats de ruralité et nous avons acté avec le Préfet que nous avons avec le CLS le volet santé du Contrat de ruralité. Nous emboîtons les poupées russes et nous essayons de faire simple. Les autres plans que vous avez cités sont souvent des plans de partenariats plus institutionnels comme le PLHPD, le Plan de Lutte contre l'Habitat indigne, etc. Nous ne sommes pas dans du partenarial horizontal ouvert avec un ensemble de partenaires. C'est plus complexe, c'est antérieur. Je pense qu'il faudra que l'on arrive à simplifier le paysage, mais nous y arriverons.

Laurent El Ghozi

Par rapport aux propositions que Charlotte a inscrites, l'enveloppe de trois ans, je n'y crois pas du tout. Je pense qu'il faut qu'il y ait des conventions triennales avec les associations, mais que ce soit le CLS qui les porte et qui devienne un nouveau guichet auquel les associations et les

partenaires viendraient demander de l'argent, je ne crois pas que ce soit le sujet ; ou alors il faudrait que la santé soit véritablement une compétence partagée des villes, mais ce n'est pas le cas. Qui gérerait cette enveloppe du CLS ? L'ARS, la Ville ? C'est juste mon sentiment donc cela ne prouve rien du tout.

Par contre, ce que je rajoute, ce qui a été dit, c'est un accès facilité aux données. C'est un vrai sujet, c'est un véritable enjeu. Il va y avoir une grande banque de données nationale avec tout dedans. Nos données, les données fournies, produites par les observatoires locaux dont nous venons de parler abondamment ne sont a priori pas intégrées ni intégrables parce que c'est compliqué, ce n'est pas la bonne échelle, ce ne sont pas les bons indicateurs, etc., toutes les bonnes raisons des informaticiens et des épidémiologistes. Donc à quoi cela sert-il ? Deuxièmement, dans la loi, les collectivités locales ne font pas partie des acteurs susceptibles d'accéder facilement, simplement, « normalement » aux banques de données de la nouvelle Agence des données de santé, c'est évidemment inacceptable dans les deux sens.

Charlotte Marchandise

J'ajouterais quelque chose également. Nous avons parlé d'« universalisme proportionné » et de la question de comment les campagnes de santé publique sont systématiquement relayées au niveau des quartiers avec les moyens (exemple de la campagne sur le « mois sans tabac »). Nous avons eu l'occasion de nous énerver un petit peu en tant que ville auprès de Santé publique France, parce que cela nous a paru insensé que nous n'ayons pas accès à des kits et que l'on ne puisse pas sur nos réseaux santé, fournir des kits et accompagner les gens. Nous savons que c'est un marqueur social énorme ; nous étions dans le groupe de travail depuis le départ et nous n'avons pas obtenu cela. Si nous obtenions déjà que les campagnes de santé publique puissent systématiquement travailler avec les actions des villes et valoriser ces actions des villes ..! Je pense au Réseau santé bien-être de Maurepas, qui fait du « sport santé » depuis des années. Comment faire pour qu'ils ne nous oublient pas ?

La santé est un choix politique alors se doter d'un discours politique encore plus fort, et c'est vraiment la force de le faire à deux réseaux, c'est repartir de cette journée avec vos, nos revendications. J'ai envie que nous sortions un peu énervés. C'est aussi parce que l'on s'énerve que l'on obtient des choses. C'est encore un peu comme cela. Nous sommes tous dans la ville résiliente, durable et c'est super. Nous luttons contre les inégalités sociales de santé, mais nous voyons bien que sur le terrain, c'est extrêmement dur et dès que nous voulons obtenir des subventions de 400 euros, nous galérons et ce n'est pas normal. Et c'est uniquement parce que nous ferons masse au niveau français, au niveau européen, au niveau mondial - il y a d'autres réseaux, il y a d'autres villes qui disent exactement pareil que nous partout - plus nous ferons alliance, y compris avec les professionnels, avec les associations, plus nous serons nombreux à signer des choses en commun, plus nous serons forts. Mon mot de conclusion était celui-là : la santé est un choix politique.

Nous avons une tribune politique à venir énorme dans les mois qui viennent. A nous de faire des recommandations et des propositions aux candidats à l'élection présidentielle. Il y a beaucoup d'associations qui s'unissent pour le faire. Je me permets de te regarder René en tant que grand maître d'œuvre au départ de la Coalition et qui tient cela. Comment allons-nous travailler ensemble sur ces questions et comment allons-nous également analyser les propositions des candidats sur la santé? Qu'est-ce que cela coûte, qu'est-ce qui est vrai, qu'est-ce qui est faux ? Le côté indépendant de réseaux d'élus de tous partis politiques peut aussi donner une légitimité intéressante, un discours hors des luttes partisanes, mais bien ancré sur la promotion de la santé en partant des habitants.

CLÔTURE

Laurent El Ghozi

Je suis largement d'accord avec Charlotte. C'est bien. Cela prouve que lorsque nous travaillons sur les questions de santé, ce n'est pas vraiment une question de politique partisane, mais c'est bien une question d'engagement auprès de la population, avec la population et avec l'ensemble des acteurs, des professionnels. Je crois vraiment que c'est important de le dire et de le redire et de le faire entendre au niveau des ARS, au niveau des Ministères et au niveau des professionnels également qui quelques fois ont eux aussi des a priori. Nous en avons vis-à-vis des professionnels, mais eux aussi en ont vis-à-vis de leurs élus qui sont « trop comme ci » ou « trop comme cela » ou « pas assez comme ci ». Il y a une vraie convergence parce que c'est l'intérêt manifeste, global de la population.

Il y a beaucoup de manières de faire et non pas une seule. Nous disions avec Patrick tout à l'heure que cela partait souvent, au départ, d'une rencontre entre deux élus. Il y a également toutes les journées, tous les colloques que l'on fait ; je suis intervenu au moins dix fois dans l'année à la demande d'ARS, d'associations, d'autres partenaires ou d'élus pour montrer ce que des villes pouvaient faire et ce que cela pouvait produire. Faire la preuve, montrer et plaider. Nous le faisons tous.

Dernier mot de conclusion, qui est un mot de publicité. Nous organisons avec le Centre Collaborateur de l'OMS pour la santé mentale dont l'honorable directeur est ici présent, Jean-Luc Roelandt, la quatrième rencontre des Conseils Locaux en Santé Mentale le 19 janvier 2017 à Talence, près de Bordeaux. Vous y êtes évidemment tous invités. Le Conseil Local en Santé Mentale pour lequel nous avons plaidé ensemble avec vigueur, conviction et nous avons finalement été entendus puisque c'est inscrit dans la loi, est de mon point de vue un très beau modèle de gouvernance partagée de la politique de santé au niveau local puisqu'il y a les élus, les citoyens, les professionnels et que cela s'intéresse à l'ensemble de la santé mentale de la population, de la prévention à la réhabilitation en passant par la lutte contre la stigmatisation : l'ensemble des facteurs qui contribuent à une meilleure santé mentale. Nous plaidons également pour que ce modèle CLSM devienne le modèle d'un Conseil Local de Santé au niveau territorial englobant la santé mentale bien entendu, mais l'ensemble des problématiques.

Dernier mot de publicité : avec une autre association, j'organise lundi prochain à Paris un colloque sur le Programme National de Médiation en Santé qui est un autre outil d'amélioration de l'accès à la santé des populations qui n'y accèdent pas. C'est à Paris, vous pouvez encore vous y inscrire.

Merci à tous, merci de cette journée, merci aux participants, merci à Charlotte et à la Ville de Rennes de nous avoir accueillis. Merci aux Ambassadrices de santé. Merci à tous les élus, à leurs collaborateurs et j'espère vous retrouver bientôt soit à Talence, soit ailleurs pour continuer ce combat qui nous paraît extrêmement important. Ensemble, nous essayons d'élaborer une plateforme de propositions que nous soumettrons aux différents candidats à la présidentielle dès que possible.

Merci à tous, au revoir.

Charlotte Marchandise

J'ai oublié la publicité aussi, merci Laurent de l'avoir fait, des rendez-vous régionaux du Réseau Villes-Santé et le prochain Colloque national le 15 septembre à Toulouse. Vous avez l'information sur la newsletter.

Laurent El Ghozi

Et j'ai oublié de remercier Aude Salamon pour ESPT et Zoé Héritage pour le réseau des Villes-Santé OMS sans lesquelles nous n'aurions pu réussir cette journée.

Merci à vous.

BIBLIO-GRAPHIE

document en lien avec les présentations

- Conférences introductives -

Déploiement et accompagnement des CLS d'Ile-de-France – Principaux enseignements issus des évaluations régionales

Laurent El Ghozi, *conseiller municipal délégué Vile universitaire, Ville de Nanterre - Président d'Elus Santé Publique et Territoire, avec la contribution de* ***Chrystelle Berthon****, Responsable Cellule Contrats Locaux de Santé, ARS Ile-de-France*

- ARS Ile de France, « Référentiel Contrat Local de Santé – Référentiel d'évaluation », 2016, 24 pages.

  [En téléchargement] http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/7_Acteurs_en_Sante/Contrats_locaux_de_sante/CLS_2016/Referentiels/5-Evaluation_CLS.pdf

- Sophie Schapman-Ségalié, sous la direction du Pr. Pierre Lombrail, « Etude sur l'impact des Contrats Locaux de Santé sur les inégalités sociales et territoriales de santé en Ile de France », Département de santé publique, EA 3412 (Laboratoire Education et Pratiques de Santé), UFR SMBH, Université Paris 13, Sorbonne Paris Cité ; Groupe hospitalier Paris Seine Saint-Denis, AP-HP, novembre 2014, 116 pages.

  [En téléchargement] http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/7_Acteurs_en_Sante/Contrats_locaux_de_sante/Rapport_final_evaluation_qualitative_des_CLS_15novembre2014.pdf

Dynamiques locales : recherche et collectivités

Thierry Lang, *Directeur Institut Fédératif d'Etudes et de Recherche Interdisciplinaires Santé Société (IFERISS), Université de Toulouse*

- Thierry Lang, Michelle Kelly-Irving, Sébastien Lamy, Benoit Lepage, Cyrille Delpierre, « Construction de la santé et des inégalités sociales de santé : les gènes contre les déterminants sociaux ? », Revue Santé publique, SFSP, 2016/2 (vol. 28), p. 169-179

  [En téléchargement] http://cairn.info/revue-sante-publique-2016-2-page-169.htm

- Cyrille Delpierre, Cristina Barboza-Solis, Raphaele Castagnié, Thierry Lang, Michelle Kelly-Irving, « Environnement social précoce, usure physiologique et état de santé à l'âge adulte : un bref état de l'art », Bull Epidémiol Hebd. 2016;(16-17):276-81, p. 276-281

  [En téléchargement] http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/16-17/2016_16-17_1.html

- Thierry Lang, « **Déterminants sociaux, santé et politiques publiques** », Revue Santé publique, SFSP, 2015/5 (vol. 27), p. 619-621

  [En ligne] https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-5-page-619.htm

- Linda Cambon, François Alla, « **Recherche interventionnelle en santé publique, transferts de connaissances et collaboration entre acteurs, décideurs et chercheurs : le défi français de l'innovation** », Question de santé publique GIS-IReSP, décembre 2014, 4p.

  [En téléchargement] http://www.iresp.net/files/2014/12/Web_QSPn%C2%B027.web-1.pdf

- Didier Tabuteau, « **Loi de santé publique et politique de santé** », Revue Santé publique, SFSP, 2010/2 (vol. 22), p. 253-264

- Carole Clavier, « **Les élus locaux et la santé : des enjeux politiques territoriaux** », Revue Sciences sociales et Santé, 2009/2 (vol. 27), p. 47-74

  [En ligne] https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2009-2-page-47.htm

- Emmanuelle Cambois et Jean-Marie Robine, « **Les espérances de vie sans incapacité : un outil de prospective en santé publique** », Informations sociales 2014/3 (n° 183), p. 106-114.

  [En ligne] https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2014-3-page-106.htm

- Haut Conseil de la santé publique, « **Crise économique, santé et inégalités sociales de santé** », Paris : La Documentation française, collection **Avis et Rapport**, 2016, 104 pages

- Centre de recherche de l'UNICEF, « **Le bien-être des enfants dans les pays riches : vue d'ensemble comparative** », Bilan Innocenti 11, 2013, 60 pages.

  [En téléchargement] https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc11_fre.pdf

- Lopez et al, « **Les inégalités sociales de santé dans l'enfance. Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant**», Rapport n° RM2011-065P de l'IGAS, mai 2011, 204 pages.

  [En téléchargement] http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000581.pdf

Contexte des politiques publiques : nouvelles lois, impacts sur les collectivités locales

***Laurent Chambaud**, Directeur de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), Rennes*

- Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

  [En ligne] https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158

- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

  [En ligne] https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647

- Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

  [En ligne] https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731

- Loi n° 2014-58 du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles dite loi MAPTAM

  [En ligne] https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028526298

- Loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République dite loi NOTRE

  [En ligne] https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030985460&categorieLien=id

- Loi n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine

  [En ligne] https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028636804&categorieLien=id

Lois sur le système de santé

- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

  [En ligne] https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015

- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

  [En ligne] https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORF-TEXT000000787078&dateTexte=&categorieLien=id

- Laurent Chambaud et Jean-Pierre Deschamps, « Loi de santé publique : explications et points de vue », Revue Santé publique SFSP, 2004/4 (vol. 16), p. 585-586

  [En ligne] https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2004-4-page-585.htm

- Laurent Chambaud et Richard Massé, « Deux lois de santé publique : une au Québec, l'autre en France. Ce que peut nous apprendre leur mise en parallèle », Revue Santé publique SFSP, 2004/4 (vol. 16), p. 631-637

  [En ligne] https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2004-4-page-631.htm

- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite loi HPST

  [En ligne] https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORF-TEXT000020879475&categorieLien=id

- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

  [En ligne] https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORF-TEXT000031912641&categorieLien=id

État des lieux local : réalités des services de santé dans les collectivités. Premiers résultats de l'enquête auprès des membres de nos associations

***Zoé Héritage**, Directrice du Réseau français des Villes-Santé de l'OMS*

- A. Lacouture, E. Le Pabic, V. Ridde, C. Dagenais, J. Pommier, « Le partage et l'application des connaissances en santé publique : résultats d'une étude préliminaire auprès d'élus et techniciens locaux » Etude RICAP, EHESP, note de synthèse n° 4 mars 2016, 4 pages

  [En téléchargement] http://recherche.ehesp.fr/ricap/wp-content/uploads/sites/3/2016/04/Note_de_synthese_Questionnaire-3.pdf

- Réseau français des Villes-Santé de l'OMS (tous les documents sont disponibles gratuitement sur www.villes-sante.com)

- Organisation et missions des services communaux/intercommunaux de santé : état des lieux (disponible à partir du 16 décembre 2016 sur www.villes-sante/etudes)

- Agir sur les déterminants de la santé, les actions des Villes-Santé, 2015 (ouvrage 80 pages). Presses de l'Ehesp

- Modèles et Enjeux de la Collaboration Intercommunale : étude sur les Ville-Santé, mai 2016 (Rapport de l'étude 14 pages)

- Analyse des lois impactant les compétences des intercommunalités liées à la santé, mai 2016 (brochure 6 pages)

- Erwan Le Goff, Les Villes-Santé : quels enjeux pour les politiques urbaines ?, Rapport d'étude 2010, 9 pages

Contrat local de santé : un cadre adaptable de gouvernance locale

***Table-ronde animée par Charlotte Marchandise**, Adjointe à la maire, Santé, Présidente du Réseau français des Villes-Santé de l'OMS*

Accompagner la réflexion : le rôle des chercheurs dans la coopération avec une collectivité

***Françoise Jabot**, Professeur de santé publique, EHESP*

- Jean Turgeon et Françoise Jabot, « Evaluer l'impact potentiel des politiques publiques sur la santé : les astres sont bien alignés ! », Revue Santé publique SFSP, 2010/4 (vol. 22), p. 363-365

  [En ligne] https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2010-4-page-363.htm

- Joëlle Kivits et Françoise Jabot, « Du débat à la décision : discours croisés d'experts, de praticiens, de citoyens », Revue Santé publique SFSP, 2008/4 (vol. 20), p. 371-385

  [En ligne] https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2008-4-page-371.htm

Evolution en trois générations de CLS de 2009 à 2016

***Patrick Padovani,** Adjoint au maire, Santé, Hygiène, Toxicomanie, Sida et Handicap, Ville de Marseille*

- CLS 2014-2016 Ville de Marseille

  [En téléchargement] http://www.ars.paca.sante.fr/fileadmin/PACA/Doc/Actu_2015/CLS/CLS_2014_2016_mairie_de_marseille_12022015.pdf

- ORS PACA, Bilan de santé de Marseille 2012

  [En téléchargement] http://www.sirsepaca.org/pdf/SIRSE_territoires/TERRITOIRE_COMMUNES/BSM2012_Fiches_thematiques.pdf

Spécificités d'un CLS à l'échelon intercommunal

Michel Gipeaux, Vice-président et Maud Marchesiello, Animatrice du CLS, Pays de l'Autunois-Morvan

- CLS 2016-2019 Pays de l'Autunois-Morvan

  [En téléchargement] http://www.paysautunoismorvan.com/sitefiles/files/CLS%20socle.pdf

Contribution d'un observatoire local : de l'analyse et de l'action

Henri Metzger, Conseiller municipal, Santé, Ville de Mulhouse

- CLS 205-2020 Ville de Mulhouse

  [En téléchargement] http://www.ars.alsace.sante.fr/fileadmin/ALSACE/Internet/democratie_sanitaire_territoire_usagers/territoires/cls/CLSIIMulhouse_SansAnnexes.pdf

- Actes de la 8ème Journée nationale d'étude d'ESPT, L'observation locale en santé : du diagnostic au pilotage de la politique de santé publique, 2009

  [En téléchargement] http://www.espt.asso.fr/images/ACTES_PUBLI_ESPT/0910_obslocale-web.pdf

Intégration de modifications aux CLS : comment négocier des avenants

Marie-Annick Benâtre, Adjointe à la maire, Santé et Précarité, Ville de Nantes

- CLS 2012-2017 Ville de Nantes

  [En téléchargement] http://www.nantes.fr/Sgid/DataSgid/themes/conmun/cm05102012/cm05102012-19-annexe.pdf

- Appel à projets 2017 du CLS de Nantes

  [En ligne] http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/Appel-a-projets-2017-du-Contra.193490.0.html

Vers des recommandations

Débat avec l'auditoire animé par Charlotte Marchandise et Laurent El Ghozi

DOCUMENTATION COMPLÉMENTAIRE :

- Santé en France : problèmes et politiques, HCSP, La documentation française collection Avis et rapports, mars 2015, 176 pages.

- Le Contrat Local de Santé -

- Référentiel Contrat Local de Santé, ARS Ile de France, janvier 2013, 22 pages

  [En téléchargement] http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/7_Acteurs_en_Sante/Contrats_locaux_de_sante/CLS_2016/Referentiels/0-_Les_fondamentaux_de_la_demarche_CLS.pdf

- Synthèse Projet Régional de Santé Ile-de-France 2013-2017, ARS Ile de France, 105 pages

  [En téléchargement] http://prs.sante-iledefrance.fr/wp-content/uploads/2012/09/ars-idf-prs-synthese-generale.pdf

L'évaluation d'impact en santé

- L'évaluation d'impacts sur la santé. Une aide à la décision pour des politiques favorables à la santé, durables et équitables. Saint-Denis : INPES, 2015, 12 pages

  [En téléchargement] http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1670.pdf

- Dossier L'évaluation d'impact en santé, Revue Santé publique SFSP 2010/4 (vol. 22)

Points de vue relatifs aux lois sur le système de santé

- Pierre Lombrail, « La loi de santé est votée : loi de santé ? », Revue Santé publique SFSP, 2015/6 (vol. 27), p. 781-783

  [En ligne] https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-6-page-781.htm

- Pierre Lombrail, « Stratégie nationale de santé : une Loi en demi-teinte », Revue Santé publique SFSP, 2014/4 (vol. 26), p. 419

  [En ligne] https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-4-page-419.htm

- P. Vayssette, « Loi de santé : c'est (presque) fait », Réseaux, Santé et territoire, n° 65, 2015/12, p. 8-9

Comparaisons internationales

- David Bernstein, « **L'organisation de parcours de soins : l'apport des expériences étrangères** », document annexé au Rapport « Innovation et système de santé » du HCAAM, 2016, 18 pages

  [En téléchargement] http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/document_8_-_l_organisation_du_parcours_de_soins_-_les_experiences_etrangeres.pdf

- Dominique Polton, « **Décentralisation des systèmes de santé : un éclairage international** », Revue française des affaires sociales 2004/4 (n° 4), p.267-299

  [En ligne] https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2004-4-page-267.htm

RÉFÉRENCES INTERNET

- www.espt.asso.fr

  Site de l'association Elus santé publique et territoires

- www.villes-sante.com

  Site du Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS

- www.ehesp.fr

  Site de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

- www.iferiss.org

  L'Institut Fédératif d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société est une fédération de recherche inter-universitaire dont l'objectif principal est de promouvoir et de dynamiser l'activité scientifique autour des thématiques «Santé Société» dans une approche interdisciplinaire.

SIGLES & ABRÉVIATIONS

ABS
Analyse des Besoins Sociaux
ADEME
Agence De l'Environnement et de la Maitrise de l'Energie
ADDOU
Approche Développement Durable dans les Opérations d'Urbanisme
ALD
Affection Longue Durée
ANRS
Agence Nationale de Recherche sur le VIH-Sida et leshépatites virales
ARS
Agence Régional de Santé
ASV
Atelier Santé Ville
AUE
Aménagement Urbanisme et Environnement
CCAS
Centre Communal d'Action Sociale
CHU
Centre Hospitalier Universitaire
CLI
Commission Locale d'Information
CLSM
Conseil Local en Santé Mentale
CLSPD
Contrat Local de Sécurité et de Prévention de la Délinquance
CMPP
Centre Médico Psycho Pédagogique
CPTS
Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CPAM
Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRSA
Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie
CUCS
Contrat Urbain de Cohésion Sociale
DRE
Dispositif de Réussite Educative
DRIHL
Direction Régionale et Interdépartementale del'Hébergement et du Logement
DRJSCS
Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la CohésionSociale
DT
Direction Territoriale
EDI
Indicateur de Déprivation Européen
EHESP
Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPAD
Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EIS
Evaluation d'Impact en Santé
ENA
Ecole Nationale d'Administration
ESAT
Etablissement et Service d'Aide par le Travail
ESPT
Elus, santé publique & territoires
ETP
Equivalent Temps Plein
FIR
Fond d'Intervention Régional
GHR
Groupement Hospitalier Régional
GHT
Groupement Hospitalier de Territoire
HCSP
Haut Conseil de la Santé Publique
IDH
Indice de Développement Humain
IME
Institut Médico Educatif

IRIS
Ilots Regroupés pour l'Information Statistique
MOOC
Massive Open Online Course, en anglais
OCDE
Organisation de Coopération
et de Développement Economiques
OMS
Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM
Objectif National des Dépenses
d'Assurance Maladie
ORS
Observatoire Régional de Santé
PACA
Provence Alpes Côte d'Azur
PADD
Plan d'Aménagement de Développement Durable
PCAET
Plan Climat Air Energie Territorial
PDU
Plan de Déplacement Urbain
PJJ
Protection Judiciaire de la Jeunesse
PLE
Plan Local d'Education
PLH
Programme Local de l'Habitat
PLU
Plan Local d'urbanisme
PMI
Protection Maternelle et Infantile
PNNS
Programme National Nutrition Santé
PRS
Projet Régional de Santé
PRAPS
Programme Régional d'Accès
à la Prévention et aux Soins
PRSE
Plan Régional Santé Environnement
PTA
Plateforme Territoriale d'Appui
URPS
Union Régionale des Professionnels de Santé
RFVS OMS
Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS
RSA
Revenu de Solidarité Active
SIDA
Syndrome d'Immunodéficience Acquise
VIH
Virus de l'Immunodéficience Humaine

Conception graphique : **robinson.coulon@gmail.com**
impression : **LGimpression**

Cette Journée nationale d'études, organisée par l'association **Élus, santé publique & territoires** et le **Réseau français des villes-santé de l'OMS** vise à apporter connaissances, réflexions et expériences sur le développement des politiques locales de santé.

Dans un contexte marqué par l'augmentation des inégalités sociales et territoriales de santé, comment les collectivités locales (communes et intercommunalités) peuvent-elles se saisir des nouveaux textes - et de leur chapelet de sigles : CLS, ASV, CTS, TDS, CLSM, PTFA, CPTS… - **pour développer leur politique locale de santé adaptée aux besoins et appuyée sur les ressources locales**, coordonnée avec les autres dynamiques du territoire, articulée avec les autres niveaux territoriaux et contractualisée avec l'ARS ?

Nous souhaitons :

- éclairer les élus, leurs collaborateurs et partenaires sur ces évolutions et opportunités nouvelles,
- partager les pratiques et difficultés des territoires,
- construire ensemble un plaidoyer national en faveur de l'engagement des villes dans le champ de la santé.

À terme, le débat visera à dégager des recommandations fortes à l'égard des pouvoirs publics pour que la Santé devienne un champ reconnu des collectivités locales.

Cette Journée est ouverte aux élus locaux, à leurs collaborateurs et à tous leurs partenaires.

Réalisée avec le soutien du CGET, du Ministère de la Santé-Direction Générale de la Santé et de Santé publique France