

## 1. Introduction

### 1. Rappel du contexte et des objectifs du séminaire

#### > Présentation de la Plateforme ASV

Créée le 17 octobre 2011 sous forme associative avec le soutien financier du SG-CIV et de l'INPES, la **Plateforme nationale de ressources des Ateliers santé ville** vise à valoriser et soutenir la démarche des AVS initiée par la politique de la ville, à capitaliser la richesse des expériences acquises depuis douze ans et à faire remonter les problématiques de santé des territoires aux différents niveaux décisionnels des politiques publiques. Elle s'adresse à un réseau national de près de 280 coordinateurs ASV et implique des acteurs locaux et partenaires ressources de la politique de la ville, de la santé publique et de la recherche.

#### > Contexte et objectifs du séminaire

Impliquant naturellement la démarche ASV, la mise en route progressive des Contrats locaux de santé suit une évolution inégale entre et à l'intérieur des territoires et fait émerger diverses problématiques quant aux enjeux soulevés par cette réorganisation de l'approche territoriale de santé, et au rôle et positionnement du coordinateur ASV, fortement sollicité dans le processus.

A partir de l'expérience des coordinateurs ASV et d'un croisement des points de vue entre territoires et de situations vis à vis du CLS, la plateforme a souhaité interroger et capitaliser l'existant par le prisme d'observation des ASV, en vue de donner son regard propre sur un premier bilan de la démarche et de contribuer à alimenter les réflexions et travaux en cours aux différents niveaux territoriaux sur les enjeux de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé dans le cadre du développement des démarches territoriales de santé publique.

#### > Méthodologie

##### Participants

Destiné à l'ensemble des coordinateurs ASV et basé sur une participation libre, le séminaire de réflexion organisé par la plateforme les 14 et 15 novembre 2012 a effectivement permis de croiser les points de vue de différents territoires et de brasser diverses situations vis à vis du CLS, sans pour autant vouloir constituer un échantillon statistique représentatif.

Il a réuni sur 2 jours 22 participants croisant la diversité des expériences suivantes :

- Divers territoires :
  - 11 régions représentées (Ile de France, Haute-Normandie, Bretagne, Centre, Poitou-Charente, Aquitaine, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon, PACA, Rhône-Alpes, Alsace)
- Divers niveaux d'expérience ASV :
  - de nouveaux et anciens coordinateurs ASV
- Diverses situations vis à vis du CLS :
  - 60% dans une démarche de CLS signée ou en cours d'élaboration,
  - 40% avec un projet de CLS
- Diverses échelles territoriales et divers scénarios d'intégration des ASV aux CLS :
  - Echelles territoriales ASV et CLS variées : de la commune à l'agglo
  - Même territoire ASV/CLS (scénario 1)
  - Territoire CLS plus grand que celui de l'ASV (scénario 2)

##### Animateurs

Ce séminaire était co-animé par Ferdinand Bertolotto, expert sociologue, Catherine Richard et Séverine Bosson, coordinatrice de la Plateforme ASV. Il a ainsi pu bénéficier d'un accompagnement à la réflexion par des

personnes ressources qui ont suivi de près l'évolution des ASV depuis leur création et ont notamment participé à l'élaboration du référentiel national des ASV.

### Axes de réflexion

Basée sur l'identification de la plus-value réciproque du CLS et de l'ASV, la réflexion s'est portée sur les axes d'interrogation suivants :

- Quelle plus-value des CLS identifiée par les ASV ?
- Quelles différences entre CLS et ASV en termes de pilotage politique, de démarche, de missions, de partenariats et des attendus ?
- Quel positionnement optimum de l'ASV dans cette nouvelle gouvernance ?
- Quelle place des ASV sur la négociation des CLS par l'Agence régionale de santé ?

Ces questions ont conduit à retenir les thèmes suivants pour la réflexion :

- L'interaction de la politique de la ville et de la santé publique
- L'intégration de la réduction des ISTS
- Les effets d'entraînements du CLS sur l'ASV
- L'apport du CLS en terme de pérennisation des ASV
- Comment instituer et faire fonctionner les cadres de politiques publiques de santé et de politique de la ville ?
- Comment mobiliser et faire participer aux politiques publiques de santé et de lutte contre les ISTS ?
- Vers quoi veut-on tendre et que voudrait-on voir en terme de gouvernance ?
- Quels sont les obstacles et les difficultés rencontrés ?

### Travaux complémentaires pour l'analyse

En parallèle de ce groupe de travail, des travaux complémentaires ont été menés en vue de constituer une sorte d'observatoire du déploiement des CLS en lien avec les ASV :

- Les CLS signés ou en cours de préparation ont été recensés et cartographiés, à partir des informations disponibles sur internet (site ARS, presse) et des rencontres régionales sur le sujet auxquelles a participé la plateforme,
- Les différents documents de cadrage et de méthodologie relatifs aux CLS et aux ASV ont été revus,
- Les précédents travaux régionaux de réflexion sur l'articulation ASV et CLS ont été recensés et leur résultats exploités .

### Résultats attendus

Les résultats qui ressortent de cette analyse constituent des points d'attention connus. Mettant en exergue la forte implication et le rôles coordinateurs ASV dans le processus CLS, ils permettent de confirmer et d'insister sur les éléments clés, les points de vigilance et les questions restantes, en vue de faire remonter les principaux messages issus de l'expérience de acteurs de terrain et de favoriser leur prise en compte dans la construction des démarches territoriales de santé publique.

## 2. ASV et CLS : carte des expériences en cours et conclusions

Non exhaustives, les données collectées par l'observatoire constitué par la plateforme ont toutefois permis d'obtenir une photographie assez proche de la réalité sur la répartition des situations CLS-ASV en date d'octobre 2012, et de dégager des chiffres clés mettant en évidence certaines caractéristiques de la progression des territoires en matière de CLS et de l'implication des ASV dans ce processus.

- 279 ASV répertoriés<sup>1</sup> :
  - répartis majoritairement en Ile de France (28%)
  - et en régions Rhône-Alpes et PACA (25% au total),
  - suivi par la Réunion (5%), le Nord-Pas de Calais et l'Aquitaine (4%),
- 146 CLS signés ou en cours d'élaboration, majoritairement « urbains » (79%). Parmi ceux-ci :
  - une répartition inégale entre territoires :
    - majoritairement en IdF (49%), puis en NPDC (9%),
    - autres régions dynamiques : Poitou-Charente (7), Centre (5), Franche-Comté (4), Haute-Normandie (4), puis Bretagne (3) et Languedoc-Roussillon (3)

---

<sup>1</sup> Selon croisement des données effectué par la plateforme (N=230 selon Enquête ACSé 2012 – données 2011)

- 2 régions en retrait : PACA et Rhône-Alpes, pourtant les plus fortement dotées en ASV
    - (+ à noter : 1 région dynamique sur CLS de pays : Bourgogne)
  - des échelles territoriales variées :
    - majoritairement l'échelle de la commune (3/4)
    - 9% intercommunalité
    - 13% CA
  - une forte sollicitation des ASV :
    - la quasi majorité des CLS urbains impliquent un ASV (92%)
    - 38% des ASV impliqués dans l'élaboration de CLS
- Une 2<sup>e</sup> vague de CLS à venir impliquant davantage et déjà les ASV pour leur négociation :
  - Cible ARS pour fin 2013 de 250, dont 80 en Ile-de-France<sup>2</sup>
  - A notre connaissance<sup>3</sup> :
    - 40 autres CLS sont en projet dont 63% sur des territoires urbains :
    - régions les plus dynamiques : Languedoc (13), Centre (5), et Poitou-Charente (4)
    - nouvelles régions impliquées : Rhône-Alpes (5), Aquitaine (4)
    - au cumul : près de la moitié (44%) des ASV sollicités dans le cadre des CLS urbains (élaboration ou négociation)

### => 3 conclusions à ces données factuelles :

1. La mise en route des CLS suit une progression très disparate d'une région à l'autre, avec une prééminence des expériences en Ile de France (39% du total des CLS signés ou en cours, 49% des expériences urbaines de CLS signés ou en cours) qui est aussi la région la plus dotée en ASV, mais aussi un retard des deux autres régions les plus fortement dotées en ASV que sont Rhône-Alpes et PACA, bien que la 1<sup>er</sup> CLS ait été signé à Marseille.
2. Dans les régions actives dans la mise en route du processus de CLS, l'ASV a bien été la 1<sup>re</sup> porte d'entrée de construction des CLS sur les territoires urbains (92% des 1<sup>eres</sup> expériences de CLS (parmi les CLS urbains signés ou en cours)), ce qui souligne le rôle pivot de l'ASV dans le processus.
3. Depuis 2 ans, et surtout pendant l'année 2012, près de la moitié des ASV en France (44%) ont été ou sont à ce jour impliqués dans l'élaboration ou la négociation de CLS urbain. De par leurs compétences et antériorité en matière de diagnostic, d'approche participative et de coordination des réseaux existants, les coordinateurs ASV constituent un pilier central pour l'élaboration du CLS et sont fortement sollicités dans le processus de construction des CLS. Cette activité a pu très certainement mettre de côté, voire mettre à mal l'activité propre des ASV pendant cette période, souvent longue et très chronophage pour les coordinateurs ASV. On note également une nuance dans le paysage national, avec plus de la moitié des coordinateurs ASV non concernés par des CLS (mais demain ?).

## 2. Principales conclusions

### 1. Enjeux prégnants à l'articulation CLS -ASV

Quatre enjeux relatifs à l'articulation CLS et ASV ressortent de manière prégnantes pour les coordinateurs ASV qui ont participé au séminaire :

- **Le développement d'une culture commune en santé publique** basée sur une approche globale, transversale et intersectorielle (promotion de la santé, agissant sur les déterminants de la santé) favorisant le décloisonnement des secteurs (santé, social, médico-social et éducation), l'interaction des politiques de santé et de la politique de la ville. Les besoins de sensibilisation et de « cultururation » des acteurs aux principes et méthodes sous-tendus par cette nouvelle approche de santé publique.

<sup>2</sup> Données issues des travaux préparatoires du groupe de travail « Santé et accès aux soins », Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, M. Legros, D. Bauer, N. Goyaux, 29 novembre 2012, 53p.

<sup>3</sup> Données partielles sur l'ensemble de la France, issues de la recherche « observatoire des CLS » interne à la plateforme et prenant en compte les perspectives annoncées par les ARS en terme de CLS lors de journées régionales à laquelle elle a participé (Centre, Poitou-Charente, de données fichier IdF, d'autres journées régionales réunissant les ASV sur le sujet (Languedoc, PACA, RA), de remontées des animateurs régionaux ASV (PACA, Aquitaine), et de remontées orales issues du séminaire ASV/CLS organisé par la plateforme.

- **La prise en compte de la réduction des inégalités sociales et territoriales** comme objectif majeur des CLS et le maintien d'un appui spécifique pour une approche de proximité en santé publique dans les quartiers. L'enjeu pour le CLS est de favoriser les articulations démarche politique de la ville (droit d'exception) et démarche de droit commun dans la prise en compte des ISTS.
- **La participation citoyenne**, enjeu commun à l'ASV et au CLS, constitue un **véritable enjeu politique** et peut faciliter la rencontre entre ASV et CLS, dont les approches diffèrent dans ce domaine. Tandis que le CLS propose un cadre de « démocratie sanitaire » (démocratie représentative et non participative) qui interroge la place des acteurs dans leur élaboration et mise en œuvre et où l'on constate souvent l'absence des habitants, l'ASV a développé un savoir-faire et des expériences innovantes mettant la participation des habitants au cœur du développement des actions et de leur impact.
- **Le CLS révèle aussi des rapports de force entre les collectivités territoriales** (agglomération et communes) **et avec l'Etat, le département, la région**. Leur articulation dans le CLS est un véritable enjeu et l'antagonisme des volontés politiques peut diminuer la cohérence de l'action globale.

## 2. Gains et plus-values du CLS pour l'ASV

- **Une occasion charnière pour le développement d'une nouvelle santé publique** à l'échelon local dans le cadre des politiques territorialisées de santé
- **Une politique contractuelle qui donne engagement et cohérence :**
  - il rend légitime le regard des collectivités territoriales sur un domaine où on ne l'attendait pas avant
  - il donne une opportunité de clarifier les positions des financeurs et de revoir leur articulation en vue de décloisonner les secteurs en défendant l'intérêt de la complémentarité
  - il peut être un outil de négociation pour l'ASV pour favoriser la rencontre des approches ascendantes et descendantes et garantir la pérennisation du poste de coordination, et une opportunité de redéfinir si besoin l'ASV
- **La temporalité plus longue du CLS qui donne cohérence et pérennisation**
  - Mise en cohérence du niveau régional avec l'échelon local
  - Pérennisation des actions de l'ASV (et de son financement)
  - Une vision à long terme plus cohérente avec la logique de prévention et promotion de santé de l'ASV
- **Un nouvel outil de connaissance, valorisation et de lisibilité de la démarche ASV**
- **Un effet levier sur le partage de la nécessité de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé** et sa prise en compte effective dans le projet local de santé :
  - Le CLS comme effet amplificateur de l'ASV (élargit son périmètre d'action et d'acteurs pour mieux servir son objectif premier)
  - Le CLS comme fonction catalyseur à travers l'ASV (sensibiliser et poser la question des ISTS, puis développer une culture et construire un savoir-faire local sur cette question)
  - Le CLS comme effet structurant (une occasion de revoir la géographie prioritaire en requestionnant les territoires sur lesquels se concentrent les ISTS et interrogeant les cartes utilisées par la politique de la ville et l'ARS, une évolution des approches vers l'intersectorialité)
- **Une dynamique mobilisatrice pour une programmation concertée :**
  - Un outil de connaissance des ressources d'un territoire, croisant l'ascendant et le descendant
  - Un facteur de mobilisation dès l'étape de diagnostic qui facilite le travail partenarial en le formalisant, le consolidant et en étendant le réseau ; l'ASV constituant un acteur de cohésion locale dans le travail partenarial.
  - Un moyen d'impliquer les habitants en travaillant sur la question de la démocratie sanitaire à partir des expériences développées par les ASV en matière de participation des habitants
- **La plus-value de l'absence de cadrage du CLS : une porte ouverte sur l'expérimentation et l'innovation qui doit s'appuyer sur les ASV**
- le CLS permet de **mettre en valeur la « culture » développée par l'ASV** en matière de santé et contribue à diffuser une « nouvelle » culture de santé publique :
  - Qui tient compte des problématiques des dimensions sociales de la santé et des déterminants de la santé à travers une **approche intersectorielle en matière de santé**,

- Qui suit une démarche méthodologique rigoureuse et cadrée (référentiel national des ASV) basée sur une **logique de projet** permettant une **démarche intégrative** de l'ensemble des problèmes, actions, acteurs et ressources d'un territoire en partant de l'existant,
- Qui permette de croiser la logique descendante avec la **logique ascendante** basée sur un **travail partenarial** et le principe de **participation citoyenne** (des habitants et des acteurs) lors du diagnostic et pour la co-construction de projets,
- Qui permette une **souplesse d'adaptation** à la **diversité locale** qui, partant de l'existant, laisse la place à l'expérimentation et l'innovation en vue d'initier et de construire des réponses adaptées aux besoins locaux.
- **L'élargissement du territoire et du périmètre d'intervention du CLS** peuvent aussi être des plus-values pour l'ASV :
  - En créant un espace de concertation qui œuvre sur une approche de santé plus générale, le CLS est aussi une opportunité pour les ASV de travailler sur des politiques et enjeux plus généraux tels que l'offre de soins, le médico-social... Participer de plus près à l'amélioration de l'offre de soins profitera à l'axe d'accès aux droits et au soins de premier recours des ASV.
  - Par ailleurs, par effet d'échelle, travailler au niveau d'un territoire plus grand du CLS sur ses composantes bénéficie par conséquent aux territoires des ASV.
  - Inversement, la participation de l'ASV à l'élaboration du CLS peut faciliter la prise en compte de thèmes peu ou mal pris en compte dans le CLS.

### 3. Apport de l'ASV dans le CLS

- **L'ASV comme moteur de l'organisation de la démarche locale de santé proposée par le CLS :**
  - **la fonction « catalyseur »**, qui permet de sensibiliser les professionnels et les élus et d'initier les partenariats, notamment à travers l'espace de concertation ouvert avec le diagnostic,
  - **la fonction « échafaudage »**, qui consiste à amorcer une construction et à structurer les ressources pour mettre en place des programmes locaux de santé, notamment à travers le diagnostic puis la coordination des acteurs et groupes de travail,
  - **la fonction « structurante »**, où l'ASV constitue le trait d'union pour l'élaboration de stratégies de santé publique adaptée au local et intégrant les priorités régionales dans une logique d'interaction constructive, en assurant l'interconnexion entre les politiques régionales, les dispositifs de droit commun et les ressources locales
- L'ASV constitue un **acteur de cohésion locale dans le travail partenarial**. Le CLS doit s'appuyer sur les réseaux existants et peut bénéficier de la qualité des partenariats et des fonctions de l'ASV.
- L'ASV est le **garant de la prise en compte des ISTS dans les CLS**. L'ASV a une fonction catalyseur en permettant de sensibiliser et poser la question des ISTS, puis développer une culture et construire un savoir-faire local sur cette question.
- La participation de l'ASV à l'élaboration du CLS peut **faciliter la prise en compte de thèmes peu ou mal pris en compte dans le CLS**.

### 4. Points importants à considérer pour la mise en place efficace et adaptée du CLS

- **Garantir la prise en compte de la lutte contre les ISTS dans les CLS :**
  - Les objectifs de réduction des ISTS doivent être clairement énoncés dans le CLS, à minima au niveau du préambule.
  - Quand il existe un PLSP, celui-ci doit être repris intégralement dans le CLS pour éviter une mise de côté au détriment de la réduction des ISTS.
  - L'ASV et le coordinateur ASV sont les garants que la lutte contre les ISTS soit inscrite dans les politiques et dispositifs de santé publique au niveau local, à travers le CLS
- **La logique projet, clé de voute pour l'élaboration d'un CLS : un pré-requis pour chaque partenaire**
  - **La culture de projet devrait être un préalable chez chacune des parties prenantes.**
  - pouvoir **s'appuyer davantage sur le délégué du préfet** qui possède une lecture de la transversalité entre les institutions sur un territoire.
  - Il est souhaitable de laisser le temps à chaque signataire d'acquérir une véritable culture de projet avant d'engager une démarche de CLS.

- Le **diagnostic partagé**, première étape d'une logique projet et est indispensable pour concourir à l'élaboration du CLS et doit y **associer les principales parties prenantes** dès le démarrage pour faciliter leur mobilisation pour le projet, et inclure la **participation des habitants**.
- Prévoir la logique de coordination des projets par l'inscription **d'axes structurants** dans le CLS (coordination générale, coordination de l'ASV, ingénierie, évaluation) et **l'allocation des ressources correspondantes et suffisantes** (moyens humains et financiers).
- **La définition du territoire et du périmètre** : existant et souple opérationnelle :
  - Respecter l'antériorité de l'existant et les singularités locales
  - S'appuyer sur expériences antérieures de démarches territorialisées de santé sur des territoires élargis : ASV<sup>4</sup> et PLSP
- **Favoriser la mobilisation et le travail partenarial autour du projet local de santé dès son élaboration**
  - Se saisir de la démarche d'élaboration du CLS pour dynamiser le réseau partenarial, en intégrant les partenaires dans la préparation et l'élaboration du CLS dès la première phase.
  - Prendre en compte les connaissances locales dans le contrat est indispensable. Le CLS peut s'appuyer sur des partenariats déjà existants, en reconnaissant l'ASV comme acteur de cohérence locale, et en intégrant par exemple les acteurs locaux mobilisés par l'ASV dans le processus CLS.
  - Encore une fois, le temps est une variable importante dans la préparation du CLS afin d'effectuer un véritable travail partenarial dans une logique de projet qui permette de contribuer à la dynamique de programmation et la mobilisation des acteurs concernés.
- **Meilleure connaissance des acquis de la démarche ASV et reconnaissance de ses atouts et du rôle pivot du coordinateur ASV dans le développement des CLS au niveau régional** :
  - La **reconnaissance des acquis de la démarche ASV** pour sa transposition au processus de CLS devrait être davantage diffusée et officialisée au niveau régional notamment par les ARS
  - Les principes encore trop méconnus de **la démarche ASV nécessitent d'être davantage communiqués** auprès des partenaires participant au processus de construction du CLS, aux niveaux régional et local.
  - **le rôle central du coordinateur ASV dans le processus de construction du CLS, voire de sa mise en oeuvre doit être aussi davantage reconnu et clarifié** d'une part dans les instances de construction du CLS mais aussi celles directement liées à l'ASV. Ceci inclue de clarifier ses interactions avec les autres projets et partenaires.
  - Enfin, si nécessaire **la position (voire le portage) du coordinateur ASV doit être revue dans le dispositif** et par rapport aux autres organes de santé de sorte qu'elle lui confère la légitimité nécessaire pour pouvoir mobiliser les différentes catégories d'acteurs et ressources qu'il doit mettre en cohérence afin de réaliser les objectifs de l'ASV et ses nouveaux objectifs le cas échéant.
- **Contribuer à la mise en place d'une nouvelle culture commune/partagée en santé publique**
  - > Au niveau local :
    - Mobiliser les élus et les représentants de l'Etat pour leur participation active à cette gouvernance,
    - Inclure l'ASV dans le CLS comme prérequis et identifier, voire formaliser les articulations entre ASV et autres dispositifs de droit commun du territoire (réseaux de santé, centre de santé, MSP, hôpitaux...)
    - Favoriser les liens entre ASV et autres volets du CUCS, autres services des collectivités territoriales
    - Développer l'articulation entre les coordinateurs ASV et autres acteurs tels que PRE, habitat ainsi que le délégué du préfet et d'autres acteurs institutionnels comme l'éducation dans les

---

<sup>4</sup> Ainsi, la moitié d'entre eux concerne un territoire communal, un quart, un territoire infra-communal (les quartiers) et un dernier quart un territoire intercommunal

différentes instances

> Au niveau régional :

- Valoriser l'intérêt de la démarche ASV au sein des instances de coordination des politiques publiques de l'ARS,
- Soutenir une animation régionale des ASV, espace de construction et de diffusion d'un langage commun
- Créer des espaces d'échanges et de concertation au croisement de l'infra et du supra

• **Assurer les moyens d'une animation et d'une ingénierie de projet adaptées autour de compétences et d'équipes identifiées :**

La coordination est une pièce maîtresse de la démarche et une condition sine qua non de la mobilisation des acteurs, de la structuration du CLS et de l'animation du projet :

> La démarche de construction des CLS doit s'inspirer des ASV :

- Plus-value d'une **équipe projet** dans le processus de préparation, qui décline précisément le mode d'engagement opérationnel des signataires, ce qui renvoie à la culture de logique de projet nécessaire,
- En prolongement, une **équipe technique** (transverse) pour l'animation du processus de préparation du CLS doit être précisément identifiée.
- Le **rôle du coordinateur ASV** dans le processus doit être clarifié et précisé dès le début. Le cas échéant, une reconnaissance officielle de son rôle en tant qu'appui, voire dans l'animation même du processus d'élaboration du CLS est nécessaire pour y légitimer sa fonction et faciliter par le même biais le travail partenarial.

> Concernant la mise en œuvre des CLS et la continuité de l'animation de l'ASV en son sein :

- A l'instar de l'ASV qui est une démarche animée et coordonnée dont l'acteur fondamental est le coordinateur ASV<sup>5</sup>, il va s'en dire que la désignation d'un coordinateur du CLS voire d'une équipe projet dédiée à l'animation de cette démarche territoriale de santé est primordiale pour le bon fonctionnement des CLS.
- Vu la complexité de la fonction de coordination et l'étendue du périmètre du CLS au niveau d'une part des thématiques mais aussi du territoire concernés, plus-value de la constitution d'une **équipe projet pour sa mise en œuvre** :
  - Celle-ci doit avoir une composition et un statut adaptés à la nature des besoins de la démarche.
  - Le rôle, fonctions et interactions du coordinateur ASV doivent y être précisément identifiés, d'une part vis-à-vis de la coordination du CLS, d'autre part pour assurer la continuité de ses missions sur l'ASV.
  - Ceci peut nécessiter la revue de sa position (voire du portage) dans le dispositif et par rapport aux autres organes de santé pour s'assurer qu'elle lui confère la légitimité nécessaire pour pouvoir mobiliser les différentes catégories d'acteurs et ressources qu'il doit mettre en cohérence afin de réaliser les objectifs de l'ASV d'une part et ses nouveaux objectifs le cas échéant.
- Un **budget de fonctionnement dédié à la coordination et à l'ingénierie sur le CLS** est primordial pour rémunérer la/les personnes qui l'assureront :
  - Celui-ci doit correspondre à une ligne de co-financement claire et distincte qui doit être assurée dès la préparation du CLS : la dotation d'un budget minimal dédié à cet effet doit être une des premières conditions d'engagement et de signature du CLS,
  - Une partie de ce budget doit être consacrée à l'animation et la coordination de l'ASV,
  - Celui-ci doit être partagé à minima entre les collectivités locales et l'Etat (co-financement),
  - La réalisation optimale de cette mission requiert la mise à disposition d'au

---

<sup>5</sup> Voir le Référentiel national des Ateliers santé ville

moins un poste en équivalent temps plein<sup>6</sup>

- **Un pilotage intégrant les acteurs pertinents et des procédures participatives**
  - La composition du dispositif de pilotage doit refléter la logique de projet de territoire et suivre un principe d'égalité entre territoires, en associant tous les partenaires concernés, et à minima les élus locaux concernés, DT ARS, les DDCS, le sous-préfet.
  - Le dispositif de pilotage doit être le garant de la prise en compte effective (politique et opérationnelle) des objectifs des ASV et à l'instar des instances des ASV, s'organiser sur plusieurs niveaux (stratégique, technique et opérationnel), voire mettre en place des commissions spécifiques. Il doit viser à éviter l'empilement des groupes de travail et des instances de pilotage
  - Ceci implique de réfléchir sur comment faire fonctionner les cadres de pilotage de santé et politique de la ville (articulation avec ASV et CLS mais aussi avec le CUCS). La fusion des instances de pilotage ASV et CLS semble adéquate dans le cas d'un territoire identique (scénario 1), tout en conservant un pilotage CUCS distinct mais auquel les principales parties prenantes participent
  - Les instances de pilotage doivent satisfaire l'enjeu de démocratie sanitaire porté par le CLS et se doivent d'être plus transparentes. Le dispositif d'évaluation doit prévoir également d'évaluer le dispositif de pilotage mis en place et ce de manière indépendante afin d'éviter tout biais.
  - Pour permettre la participation citoyenne, des espaces de concertation doivent être à minima proposés à plusieurs stades et niveaux du CLS. Ceux-ci nécessitent une bonne préparation et l'ASV peut être un appui.

## 5. Points de vigilance et facteurs de réussite

- **La sensibilité et la conviction des élus est une condition nécessaire :**
  - leur engagement est primordial dans une démarche CLS
  - le soutien qu'ils portent aux coordinateurs ASV à la fois au niveau politique, financier, organisationnel et fonctionnel est un facteur de réussite du processus.
- **Le niveau régional, déterminant pour la construction des CLS, devient incontournable pour l'ASV**
  - **Etablir de nouvelles synergies et mettre en cohérence le niveau stratégique régional** en clarifiant le rôle et l'articulation de l'ensemble des acteurs concernés et attendus dans la territorialisation de la santé et dans les CLS. L'Etat, à travers le préfet, qui dispose d'une lecture transversale des acteurs, est particulièrement attendu.
  - **Plus de communication et de dialogue sur l'orientation des stratégies régionales de CLS** : Le coordinateur ASV jouant un rôle central dans l'élaboration des CLS, doit avoir une meilleure connaissance des orientations stratégiques régionales (critères, ressources et calendrier prévu pour la mise en place des CLS sur la région), voire pouvoir participer aux stratégies de cohérence des choix territoriaux. L'ouverture d'un espace d'échange et de concertation entre l'infra et le supra de la concertation aux acteurs de terrain dont les coordinateurs ASV, favoriseraient une meilleure rencontre des approches ascendantes et descendantes.
  - **L'animation régionale des ASV, un facteur mobilisateur et fédérateur pour la visibilité de la démarche ASV à travers la construction de réponses collectives et d'un langage commun et le renforcement de la coordination des acteurs**
- **La difficulté de mobiliser les habitants et la question de leur participation dans les instances et de la sensibilisation** des acteurs à leur rôle prépondérant dans la santé.

## 6. Freins, difficultés et points d'attention

<sup>6</sup> D'après le référentiel national des ASV, les évaluations menées sur les ASV ont confirmé que la réalisation optimale de leur mission requiert la mise à disposition d'au moins un poste en équivalent temps plein (ETP), bien que l'enquête Acsé 2012 révèle que seule la moitié des ASV repose sur ses conditions. La mission de coordination du CLS, incluant non seulement celle de l'ASV mais aussi celle du reste du CLS, il va s'en dire qu'un ETP est un minima, qui semble même juste au regard de l'ampleur de la mission, et souligne à nouveau l'adéquation de la mise en place d'une équipe projet pour la mise en œuvre du CLS.



- **Difficultés dans le travail partenarial :**
  - Associer l'ensemble des acteurs à la concertation dans le cadre de la préparation du CLS, pour éviter qu'il soit un facteur de démobilitation autour de la question du projet local de santé.
  - Les lacunes concernant ses approches dans les cultures institutionnelles des principaux partenaires impliqués, du fait notamment de la pluralité et du cloisonnement des différents secteurs concernés, sont ressenties comme des freins dès la première étape du processus du CLS. Les risques associés sont de diminuer la cohérence de l'action globale en conduisant à une juxtaposition et une démultiplication de projets dans la programmation, sans avoir su développer d'interactions communes, ni défini ensemble les priorités. En cela, l'absence de cadrage des CLS est souvent ressentie comme une limite dans le processus de construction des CLS.
- **La priorisation des thématiques du CLS : certaines questions en suspens :**
  - La rencontre d'un nombre encore plus important d'acteurs et les remontées du diagnostic peuvent avoir un effet contre-productif et a pour effet **la démultiplication des thématiques du CLS qui révèle des difficultés de plusieurs ordre :**
    - Des difficultés à prioriser les actions. Aspect crucial dont le processus est peu évident et pose notamment la question de qui décide la priorisation des actions et selon quels critères.
    - Une augmentation du nombre de thématiques pour le coordinateur ASV pouvant créer une surcharge de travail et des difficultés pour leur réelle mise en œuvre
    - Travailler sur le nouveau volet de l'offre de soins implique un **saut qualitatif** non négligeable de la part du coordinateur ASV
  - Enfin, cela pose la question du suivi et de la mise en œuvre des champs d'action de l'ASV non retenus dans le CLS et notamment du cadre de leur pilotage, lorsqu'une mutualisation du pilotage CLS et ASV est faite.
- **Animation du CLS : un besoin de reconnaissance accrue du rôle central du coordinateur ASV dans son élaboration puis dans sa mise en œuvre**
  - Le coordinateur ASV au cœur du processus de construction des CLS : une reconnaissance à officialiser pour légitimer cette fonction
  - Le coordinateur ASV, incontournable pour la mise en oeuvre du CLS : son positionnement et son rôle vis à vis de chaque dispositif (CLS, ASV) à clarifier
  - une équipe projet sur le CLS, donnant lieu à une clarification des rôles et des interactions, semble être le plus adéquat pour assurer le fonctionnement du CLS et la continuation de l'ASV.
- **Le maintien d'un pilotage actif de l'ASV pendant les périodes de préparation des CLS mobilisant fortement le coordinateur ASV au détriment des missions premières de l'ASV :**
  - une nécessaire transition à ne pas oublier qui pourrait permettre
  - d'aborder cette situation de « surtravail » du coordinateur
  - et de repenser la question de la responsabilité de l'animation de la préparation et rédaction du CLS

## 7. Enseignements de l'expérience et recommandations pour l'incorporation d'une démarche ASV à une démarche CLS

- Permettre la contribution du coordinateur ASV à l'élaboration du CLS et l'intégrer au pilotage et groupes de travail
- Etablir un cadre d'articulation (plutôt que d'intégration) dans le contexte actuel
- Ne pas écrire dans le CLS comment mener les ASV mais que l'ASV constitue un appui
- Favoriser la rencontre de la logique projet de l'ASV avec celle du CLS, pour éviter la compilation d'actions et aboutir à une programmation d'actions complémentaires et coordonnées. L'alerte est émise concernant le risque de confusion des dispositifs si ce travail n'est pas fait.
- S'assurer que les objectifs des ASV sont clairement reconnus dans CLS et garantir ainsi la prise en compte des problèmes marginaux et émergents et des objectifs de réduction des ISTS infra-communales à l'intérieur des territoires du CLS

- Préserver le projet ASV dans l'ensemble de ses composantes et éviter que l'ASV devienne la déclinaison de la programmation du CLS dans les quartiers de la politique de la ville
- Préciser clairement les territoires : cibler et prioriser les territoires du CLS et ceux de l'ASV
- Déterminer les champs d'intervention prioritaires et préciser le niveau d'intervention de l'ASV
- Etendre si cela fait sens les axes de l'ASV aux territoires hors politique de ville, sinon participer aux groupes de travail pour y porter les préoccupations de la politique de la ville et rencontrer les partenaires pour connaître les moyens des ressources
- Assurer un renfort de l'ASV à la fois sur le côté stratégique et sur le côté plus opérationnel :
  - > Au niveau stratégique :
    - Favoriser un espace de rencontre et de concertation de l'ASV et de l'ARS (interaction démarche ascendante et descendante) :
      - Au niveau local, concernant la définition du territoire de l'ASV et son articulation avec le CLS
      - Au niveau régional, à minima connaître, voire participer à la stratégie de développement des CLS dans la région, notamment concernant la cohérence des choix territoriaux et pour la correspondance des calendriers qui tiennent compte de la temporalité de l'ASV (diagnostic local...)
      - Assurer une cohérence entre ASV à porter au niveau régional par un discours commun à construire, via une animation régionale
    - Clarifier les rôles et interactions des acteurs interagissant sur un même territoire, voire formaliser leur mode de coopération, légitimer la place du coordinateur ASV dans le CLS
    - Nécessite un soutien de l'équipe ASV et de son travail au niveau politique (élus) et des responsables locaux, aussi bien au niveau financier, qu'organisationnel et fonctionnel
  - > Au niveau opérationnel :
    - Garantir la dimension de proximité des pratiques et de santé communautaire (participation) de la démarche ASV qui nécessite un support supplémentaire dans les quartiers pour la réduction des ISTS, l'ASV en est le garant.
    - Dans le cas où le coordinateur ASV devient le coordinateur CLS ou occupe une dimension plus stratégique, assurer les moyens de l'animation de l'ASV par le recrutement d'une personne dédiée

## 8. Conclusion : le CLS, une opportunité pour les ASV – l'ASV, un moteur pour le CLS

En conclusion, le CLS est vu comme une opportunité pour l'ASV : il fournit un espace de lecture des fonctions de l'ASV et du coordinateur ASV, dont les valeurs ajoutées sont reconnues :

- **L'ASV et le coordinateur ASV sont garants des objectifs des ASV dans les CLS (Communication)**
  - Permet d'inscrire la lutte contre les ISTS dans les politiques locales de santé publique,
  - S'assurer que les objectifs des ASV sont clairement reconnus dans le CLS, garantissant la prise en compte des problèmes marginaux et l'approche de proximité,
- **L'ASV et le coordinateur ASV sont les supports de l'évolution culturelle nécessaire à la « nouvelle » santé publique (Culture)**
  - Prise en compte des problématiques des dimensions sociales de la santé et déterminants de la santé.
  - Approche intersectorielle et transversales au niveau local
  - Logique de projet
- **L'ASV et le coordinateur ASV sont les supports de l'évolution des méthodes et cadres d'actions (approches) en santé publique au niveau territorial (Savoir-faire)**
  - Peut permettre d'instituer des méthodes et outils nouveaux en termes de diagnostic territorial partagé, programmation locale participative, mobilisation, travail partenarial, etc. (cf fonction catalyseur, cadre-support puis structurant)
  - A développé un savoir-faire en ingénierie de lutte contre les ISTS dans le cadre de l'ASV, qui peut être insufflé au CLS

- A développé un savoir-faire et une reconnaissance locale pour développer l'intersectorialité et les approches transversales au niveau territorial

Toutefois, pour remplir ces fonctions, il reste primordial de déterminer en amont la place et le rôle des deux dispositifs CLS et ASV.