



## **Les dynamiques territoriales de santé en Auvergne –Rhône – Alpes, Nouvelle Aquitaine et Provence Alpes Côte d’Azur : configuration et déploiement**

### **Fabrique Territoires Santé – Cget Activité 2017**

#### **1. Introduction**

Le Cget a sollicité Fabrique Territoires Santé pour élaborer une synthèse à partir de ses productions, des retours de son réseau et d’observations de terrain, sur les fabriques locales des politiques territoriales de santé, au travers d’une approche systémique, c’est-à-dire dans leurs environnements, dans leurs fonctionnements et dans leurs mécanismes.

En réponse à cette demande, et en s’appuyant sur les réflexions de son conseil d’administration, Fabrique Territoires Santé propose un travail d’analyse de la fabrique des dynamiques territoriales de santé selon les axes suivants :

- mettre en lumière les articulations entre les différents dispositifs et contrats ; entre les politiques de droit commun et les politiques spécifiques ; et entre les politiques nationales et les politiques territoriales ;
- analyser les modèles de gouvernance partagée et les formes concrètes de partenariats. La place des collectivités et les échelles territoriales d’intervention seront questionnées.

Ce travail d’analyse se fera à partir de l’échelle locale ou micro-locale (quartier) et sur la base d’exemples de territoires, tirés notamment des ressources de nos partenaires régionaux présents au sein du CA de la Fabrique.

La première phase de ce travail s’inscrit dans une période courte (novembre 2017 - mars 2018), elle permettra de tester la méthode, d’en voir les limites, et de réajuster ensuite. La proposition écrite qui en résulte sera complétée dans le cadre de l’activité 2018.

Pour la première phase, le cadre méthodologique dans lequel la Fabrique se proposait d’intervenir est le suivant, tenant compte de ses possibilités :

- focus sur trois régions : Nouvelle Aquitaine, Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d’Azur ;
- revue des productions internes de la Fabrique et de l’ex Plateforme nationale de ressources des ASV ;
- appui sur nos partenaires en région : recensement des dynamiques présentes sur leur territoire ;

-----

## 2. ASV, CLS, CLSM, démarche territorialisée de santé : de quoi parle-t-on ?

Les ASV ont été mis en place en 1999 par le Comité interministériel des villes, puis une circulaire de la DGS leur donnait un premier cadre de référence en 2000. En 2012, un référentiel national était publié. Comme l'explique Fabrique Territoires Santé dans ses différentes productions (site internet, documents de capitalisation) et comme l'écrit Didier Febvrel dans un article<sup>1</sup> de 2017 dédié aux ASV, les ASV sont des démarches territorialisées de santé implantées dans les QPV, qui se réfèrent au concept de la promotion de la santé et visent à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Elles sont au croisement des politiques de santé et de la politique de la ville.

Il s'agit de l'une des premières démarches territorialisées de santé déployées sur l'ensemble du territoire dans le cadre d'une politique publique nationale.

En 2013, le Haut conseil en santé publique<sup>2</sup> a montré que les ASV apportent une véritable plus-value, « en générant une dynamique inédite en France de coopération contractualisée entre l'État et les collectivités territoriales en matière de santé ». Plus-value que Fabrique Territoires Santé s'est attachée à illustrer et caractériser en capitalisant à partir de 2014 les expériences des Ateliers santé ville.

Le bien-fondé, les acquis et les résultats des ASV en termes de prévention et promotion de la santé ne sont donc plus à démontrer.

Aujourd'hui, si aucune instance au niveau national n'est en mesure de les recenser de manière précise, on estime à 220 environ le nombre des ASV sur le territoire national. Avec la réforme récente de la politique de la ville, les ASV sont les volets santé des contrats de ville en articulation avec les contrats locaux de santé lorsqu'ils existent.

Pour ce qui est des contrats locaux de santé, c'est la loi HPST qui offre en 2009 la possibilité d'initier une dynamique territoriale de santé sous la forme d'une contractualisation, principalement entre l'ARS et les collectivités territoriales pour articuler le projet régional de santé aux problématiques, initiatives et besoins locaux. Le cadre en est ainsi posé, de manière assez elliptique : l'article L1434-17 du CSP prévoit que « *la mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social* ».

Le Ministère de la santé, dans le sillage de la loi HPST, l'a ensuite promu d'emblée comme une modalité de partenariat stratégique entre les ARS et les collectivités territoriales pour la réduction des inégalités sociales de santé, modalité diversement investie dans cet objectif selon les territoires. Le CLS est en tous cas un outil au service d'une territorialisation concertée et négociée de l'action publique en santé. Ce cadre légal entérine de manière opérationnelle la territorialisation de la santé, que la loi de modernisation du système de santé de 2016 va encore renforcer, et inscrit dans le marbre de la loi le rôle des collectivités territoriales, comme partenaire de premier rang des ARS.

---

<sup>1</sup> D. Febvrel, « Ateliers santé ville : des dynamiques territorialisées de santé ». *Les Tribunes de la santé* 2017/3 (N°56), p.49-53

<sup>2</sup> HCSP *La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé : place des ateliers santé ville*. La Documentation française-HCSP, coll. Avis et Rapport, mars 2013

Au regard de cet article de la loi HPST, le CLS apparaît comme un outil au contenu peu précisé donc peu contraignant, notamment en termes d'engagement opérationnel et financier, ce qui a induit dans le déploiement des CLS une forte hétérogénéité entre les territoires, mais aussi entre les démarches en elles-mêmes, a contrario des ASV, dont les caractéristiques structurantes sont explicitement définies. On trouve en effet sur le territoire national des CLS qui sont uniquement des documents cadre sans volet opérationnel, des CLS non coordonnés, etc. Aussi, dans les territoires où ils existaient, les acteurs se sont-ils fortement appuyés non seulement sur les acquis des ASV en place, en termes de diagnostic, de méthode de projet, de réseau partenarial et de programmation d'actions, mais aussi sur les coordonnateurs eux-mêmes dont un certain nombre sont devenus coordonnateurs CLS ou assurent la coordination de plusieurs dispositifs.

En septembre 2017, 305 CLS étaient recensés au niveau national. Selon l'étude menée par la DGS en 2017, 50% sont portés par des communes, 21 % par des communautés de communes et 15% par des pays, avec un recul des communes au profit d'une augmentation constatée de la part des porteurs de territoires étendus, comme les pays ou les intercommunalités. Plus de la moitié des CLS au niveau national couvre un territoire prioritaire des politiques territoriales d'État : 474 QPV et 43 territoires ruraux prioritaires.

Les questions de santé mentale sont identifiées depuis plusieurs années déjà comme une préoccupation majeure de la politique de la ville. En particulier, les Ateliers santé ville ont joué un rôle de lanceur d'alerte autour de ces questions des souffrances psychiques ou psychosociales dans les quartiers et ont initié des actions au sein d'axes programmatiques dédiés pour répondre aux problématiques de santé mentale sur les territoires. La Fabrique en a présenté un certain nombre dans sa capitalisation d'expériences, et en particulier lors de la rencontre organisée conjointement avec le CCOMS et l'IREV dans les Hauts-de-France sur la politique de la ville et la santé mentale<sup>3</sup>. Selon les territoires, les Conseils locaux de santé mentale ont pris appui sur ces acquis.

Désormais, la démarche de concertation initiée par les Conseils locaux en santé mentale (CLSM) est centrale au niveau national, et elle est renforcée par de récents textes réglementaires : elle a été inscrite dans la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016, et le 30 septembre 2016, une circulaire commune Cget / DGS appelle au renforcement et au déploiement des CLSM, en particulier dans les territoires de la politique de la ville. Elle est également renforcée par les moyens dévolus au niveau national à l'appui et l'accompagnement des collectivités à la création des CLSM, mission assurée par le CCOMS pour la recherche et la formation en santé mentale au travers du Centre national de ressources et d'appui des CLSM, qui anime depuis 2017 un réseau national de coordonnateurs CLSM. Fin 2017, le territoire national compte 200 CLSM actifs.<sup>4</sup>

Forte de l'expérience et des acquis des Ateliers santé ville en termes d'animation territoriale en santé et en s'appuyant sur sa capitalisation d'expériences et son expertise interne, Fabrique Territoires Santé s'est attachée à caractériser les démarches territoriales de santé en faisant émerger un certain nombre de critères structurants. Ces critères, loin de servir à normer les démarches territoriales en santé, servent de points de repères et d'appui pour les acteurs, afin

---

<sup>3</sup> Synthèse de la rencontre disponible sur le site de Fabrique Territoires Santé [https://www.fabrique-territoires-sante.org/sites/default/files/retour\\_sur\\_amiens\\_nov17.pdf](https://www.fabrique-territoires-sante.org/sites/default/files/retour_sur_amiens_nov17.pdf)

<sup>4</sup> cf site du Centre national de ressources et d'appui au CLSM <http://clsm-ccoms.org/>

de mettre en place une action efficace, porteuse de plus-value à la fois pour les habitants et pour les acteurs. Ainsi, la démarche d'évaluation des CLSM<sup>5</sup> entreprise par le CCOMS en partenariat avec l'EHESP s'adosse à ces critères dans la définition d'outils d'évaluation.

Ainsi, une démarche territorialisée de santé, c'est :

<b>une démarche politique</b>	elle affiche un enjeu de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Elle est portée par la volonté des élus locaux, des institutions et des professionnels locaux ;
<b>une démarche de projet</b>	elle respecte une méthodologie de projet : diagnostic, définition des priorités, planification, mise en œuvre et évaluation ;
<b>une démarche territoriale</b>	elle s'inscrit dans un environnement donné : un territoire vécu et cohérent. Elle s'adapte aux ressources et contraintes du territoire ;
<b>une démarche ascendante</b>	elle part des besoins du territoire et de tous ceux qui le composent (y habitent, y travaillent, ...). Elle propose un travail collectif pour co-construire le projet et les actions ;
<b>une démarche partenariale</b>	elle travaille en réseau avec les acteurs publics, associatifs, professionnels et habitants. Elle vise à créer des synergies et promeut la co-construction et la co-décision ;
<b>une démarche transversale</b>	elle s'inscrit dans le cadre de référence de la promotion de la santé et vise à favoriser le bien-être global en agissant sur tous les déterminants de la santé ;
<b>une démarche coordonnée</b>	Elle s'appuie sur un coordonnateur ou une équipe porteuse de la démarche et garant des valeurs et de la méthode ;

---

<sup>5</sup> cf site de Fabrique Territoires Santé <https://www.fabrique-territoires-sante.org/ressources/actualites/amorce-de-levaluation-de-la-demarche-clsm>

## **1. Contributions des régions : déploiement des démarches territoriales de santé.**

Les chargés de mission des structures missionnées pour l'animation ou l'accompagnement en région des coordonnateurs ASV principalement (et, sur Auvergne-Rhône-Alpes et Nouvelle Aquitaine, les coordonnateurs CLS), ont effectué début 2018 une recherche pour mettre en lumière le déploiement des démarches territoriales de santé sur leur territoire, ASV, CLS et CLSM. Aucune instance étatique régionale n'agrège ces informations, a fortiori de manière actualisée ; il s'est donc agi pour les chargés de mission, selon les régions, d'interroger en direct les collectivités, d'envoyer un questionnaire aux coordonnateurs, de mobiliser leur réseau en région (antennes IREPS notamment en Nouvelle Aquitaine), ou d'interroger l'ARS ou les DRDJSCS en contact régulier avec eux.

Ces informations ont été déclinées sur chaque département par une entrée par territoires en politique de la ville avec les contrats de ville et leurs périmètres, puis les CLS, les ASV et les CLSM quand ils existent, voire d'autres dispositifs santé comme la médiation santé et les maisons de santé pluriprofessionnelles. Les contrats locaux de santé existant dans les territoires hors politique de la ville ont aussi été intégrés. Pour chaque territoire portant un contrat de ville a été recherché :

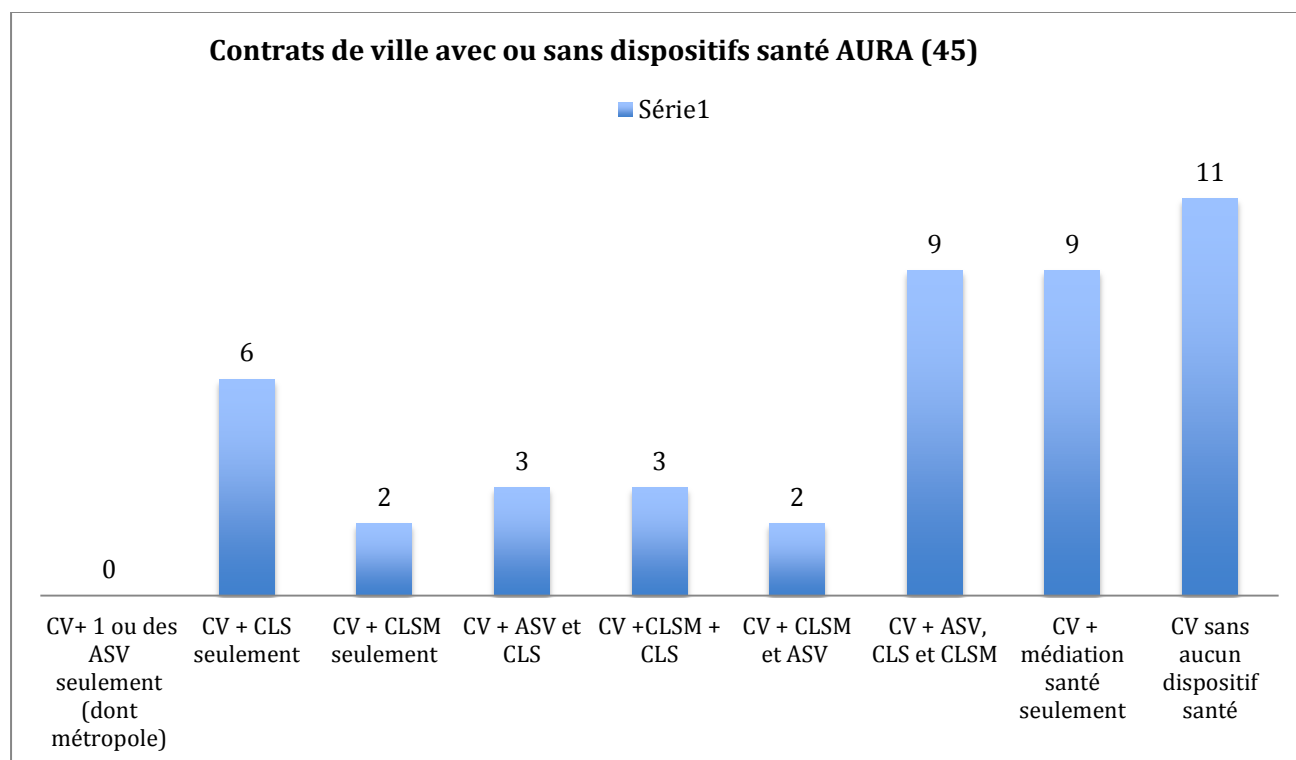
- la présence d'un contrat local de santé, sa date de signature ou sa durée et l'existence d'une coordination dédiée, lorsque l'information était disponible ;
- la présence d'un Atelier Santé ville et l'indication d'une coordination dédiée ;
- la présence d'un CLSM et l'existence d'une coordination dédiée.

Les informations sur l'ensemble de ces items peuvent être parfois difficiles à mettre à jour, et les contextes évoluent rapidement (démarches en projet, coordination en cours de recrutement ou en abandon, etc).

Enfin, lorsque des expériences sur ces territoires ont été capitalisées ou relayées par Fabrique Territoires Santé, elles ont été mentionnées.

**Quelques données chiffrées (mars 2018) :**

- 45 contrats de ville (CV)
- 27 contrats locaux de santé, dont 19 sur des territoires comprenant des quartiers politique de la ville.
- 27 ASV
- 25 CLSM



Une mission d’animation de réseau, le Collectif santé, est assurée par Labo Cités, le centre de ressources politique de la ville en Auvergne-Rhône-Alpes, financée pour partie par l’ARS. Une cartographie actualisée présente la répartition des dispositifs santé en politique de la ville en Auvergne-Rhône-Alpes. <http://www.labo-cites.org/article/cartographies/dispositifs-sante-dans-les-sites-en-politique-de-la-ville-auvergne-rhone>

En termes de contexte, la fusion de deux régions (Auvergne et Rhône-Alpes) a mis en évidence des disparités dans le développement des démarches territoriales de santé : l’ancienne région Rhône-Alpes compte beaucoup d’ASV (25) et moins de CLS<sup>6</sup> (15), alors qu’en Auvergne, les ASV sont peu présents (2) et les CLS sont relativement bien déployés. Dans une volonté d’harmonisation, l’ARS tente de rattraper le retard de déploiement de CLS dans les départements de l’ancienne région Rhône-Alpes. Cependant, sur les territoires qui comportent déjà des ASV, la plus-value du CLS est questionnée.

<sup>6</sup> A noter qu’au moment de la fusion des régions, les CLS étaient encore moins nombreux en Rhône-Alpes, les disparités avec l’Auvergne étant plus flagrantes.

Un dispositif complémentaire a également été mis en place sur la région spécifiquement dans les quartiers en politique de la ville (26 territoires concernés) : il s'agit de la médiation en santé, dispositif qui a fait l'objet de deux appels à projets de l'ARS, le premier en 2015 et le deuxième en 2016. Les postes de médiateur sont co-financés par l'ARS (cf. tableau et expérience dans les actes 2017 sur la médiation santé à Saint-Etienne). La médiation est portée par une grande diversité de structures : associations comme La Ligue contre le cancer ou Médecins du Monde, pôles ou maisons de santé, centres sociaux et collectivités territoriales. Dans ces dernières, les médiateurs sont en majorité rattachés au service santé, excepté à Roannais Agglo où le médiateur fait partie de la politique de la ville. A noter que si dans les appels à projets, les collectivités locales doivent être systématiquement associées, elles ne sont éligibles seules que si elle candidatent dans le cadre d'un contrat local de santé. Ce dispositif concerne principalement l'ancienne région Rhône-Alpes.

Labo-Cités a aussi été missionné par l'ARS pour mettre en place une formation à la prise de poste des médiateurs à la suite des deux appels à projets. En 2018, Labo Cités organisera une rencontre régionale du réseau des médiateurs.

L'ARS mène une politique régionale assez volontariste sur le déploiement des CLS, de la médiation en santé et des CLSM. Mais en l'absence d'une doctrine régionale ou nationale sur la question, les ASV restent largement tributaires du volontarisme des collectivités, et leur développement, disparition, relance ou création sont à la main des collectivités, en termes de volonté politique, comme d'arbitrage financier : disparition en 2017 de l'ASV de l'agglomération de Villefranche-sur-Saône ; création de celui de Pierre-Bénite, commune de la Métropole de Lyon ; relance de l'ASV à Roannais Agglomération. Certains ASV ont été absorbés et intégrés dans les services santé (et ce faisant, dans les CLS), comme à Villeurbanne ou Valence ; sur d'autres territoires où il y a un ASV et où un CLS est en projet, c'est une piste qui est sérieusement envisagée. Dans ces configurations, une question reste cependant en suspens : la démarche a-t-elle survécu en tant que telle dans le CLS ? Est-ce qu'une attention particulière est accordée aux QPV ?

A noter l'importance de voir porter la coordination de l'ASV par la collectivité (à Clermont-Ferrand, l'ASV est porté par la Mutualité Française et l'articulation avec les services de la ville peut en être compliquée). Le portage politique des démarches est également fondamental pour qu'elles fonctionnent.

Les ASV sont plutôt bien intégrés dans les volets santé des contrats de ville : ces démarches ont une antériorité et sont bien assises dans leur territoire ; les coordonnateurs travaillent déjà en lien avec les services politique de la ville. Plus largement, constat peut-être fait, comme sur l'ensemble du territoire français, que lorsqu'une dynamique ASV est ou était existante sur un territoire, elle a grandement favorisé le développement d'un CLS ou d'un CLSM : appui sur la coordination existante, sur le diagnostic mais aussi sur le réseau de partenaires constitués et la programmation d'actions.

On retrouve dans cette région 8 collectivités sur 45 qui cumulent l'ensemble des dispositifs, ASV, CLS et CLSM, dont 7 ont également développé la médiation santé dans les quartiers politique de la ville. Ils se situent en majorité dans l'ancienne région Rhône Alpes :

- Bourg-en Bresse Agglomération (Ain) : le CLS (CLS 2<sup>ème</sup> génération en cours) s'est déployé à l'échelle de la ville de Bourg-en Bresse, comme la médiation. Il s'est appuyé sur l'ASV avec lequel

une articulation forte est assurée, comme avec le contrat de ville. Une coordination différenciée est dédiée aux trois dispositifs, ASV, CLS et CLSM.

- Agglo Porte de l'Isère (Isère) : le CLS est porté par la ville de Bourgoin-Jallieu, l'ASV est porté au niveau de l'agglomération. Le CLSM est sur un périmètre intercommunal.

- Fontaine (Isère, Métropole de Grenoble) : le CLS est en cours de finalisation, l'ASV est porté au niveau de la ville, sa coordinatrice a aussi dans son poste la coordination du CSLM.

- Saint-Étienne Métropole (Loire) : le CLS couvre actuellement le périmètre de la ville et un CLS métropolitain est en cours de réflexion. L'ASV est actif, il couvre les QPV sur l'agglomération et est porté par le service santé de la ville (poste en cours de recrutement). Le CLSM est au niveau intercommunal.

[Actes 2017] [La Médiation en santé dans les quartiers politique de la ville de Saint-Etienne](#)

[Actes 2016] [Globe 42 : Espace social et participatif en santé](#)

[Récit d'expérience] [ASV Saint-Etienne Métropole : Améliorer l'accès au droit commun par la formation des acteurs de terrain et une communication originale auprès des habitants](#)

- Roannais Agglomération (Loire) : un CLS 2<sup>ème</sup> génération est en cours (2016-2020), animé par une coordinatrice, rattachée à la direction cohésion sociale. L'ASV, réactivé, est porté au niveau de l'agglomération et bénéficie d'une coordination dédiée à temps partiel dans le service politique de la ville. Un médiateur santé, positionné lui-aussi à la politique de la ville a été recruté récemment. Le CLSM est également porté au niveau de l'agglomération.

→ [Inspir'action] [Médiation en santé et fracture numérique : service politique de la ville de Roannais Agglomération](#)

- Clermont Auvergne Métropole (Puy-de-Dôme) : le CLS est porté par la ville de Clermont-Ferrand avec une coordination dédiée (2016-2018). L'ASV est actif, supporté par la Mutualité Française. Le CLSM couvre le périmètre de la ville. Il n'y a pas de médiation santé

- Lyon (Métropole de Lyon) : le CLS est porté par la ville, de même que les ASV qui bénéficient de deux coordinatrices intervenant dans plusieurs QPV. La coordination émerge au droit commun et n'est pas financée par la politique de la ville. Deux coordinateurs portent le CLSM de la ville de Lyon.

A noter que la politique de santé n'est pas portée par la métropole, a contrario d'autres métropoles comme Marseille ou Bordeaux, mais uniquement par les communes de la métropole.

[Récit d'expérience] [ASV de Lyon : Mobilisation des institutions de droit commun pour améliorer l'accès aux droits en santé](#)

[Inspir'actions] [VRAC : Réseau d'achat commun dans les QPV de Lyon](#)[Inspir'action][Actes 2017][Emmaüs Connect : point d'accueil à Lyon pour lutter contre l'exclusion numérique](#)



- Grand Chambéry (Savoie) : le CLS couvre la ville (2015-2018). L'ASV est porté par une association, Pôle de santé 73, comme la médiation.

Les territoires actifs en termes de dynamiques territoriales de santé sont donc des territoires très urbains, ils ont une certaine antériorité d'organisation et de coordination d'actions grâce à la mise en place d'ASV.

Concernant les territoires qui ne portent pas d'ASV, très peu de collectivités en politique de la ville disposent uniquement d'un CLS. C'est le cas de la communauté de commune de Gex (Ain), d'Arlyère (Savoie), du Bassin d'Aurillac (Cantal), de Thiers communauté (Puy de Dôme), de Loire Forez (Loire) et de Vichy Communauté (Allier). On note également qu'une poignée d'agglomérations sont actuellement en cours de réflexion pour mettre en place un CLS.

→ [Inspir'action] [Relais santé portés par les centres hospitaliers de Thiers et d'Ambert](#)

Quant aux territoires en politique de la ville n'ayant mis en place aucune forme de démarche partenariale en santé (ni CLS, ni CLSM, ni ASV), on peut noter la chose suivante : à la signature des contrats de ville, les démarches partenariales en santé impliquant ces collectivités étaient inexistantes ou presque. Par conséquent, sur ces territoires, les acteurs locaux partent de loin en matière de coordination et de planification des actions de santé. Il est long et difficile de mettre la machine CLS ou ASV en route. Précisons que cette difficulté pour impulser des démarches territoriales en santé est souvent accentuée pour les collectivités entrant en politique de la ville, à défaut notamment de pouvoir s'appuyer sur des dynamiques partenariales existantes en santé ou en politique de la ville. Aussi, après la signature du contrat de ville, une première étape a été de commander un diagnostic local de santé. Et, pour 8 d'entre eux, la deuxième étape a été de répondre à l'appel à projets de l'ARS pour la création d'un poste de médiateur en santé dans les quartiers. Ces sites de petite taille (Bonnevilliers, Cluses, Pays roussillonnais, Saint-Rambert-d'Albon, Aubenas, Le Teil, Montélimar, Annonay) ont vu dans l'appel à projet de l'ARS une opportunité de prendre en compte les problématiques santé des habitants des quartiers.

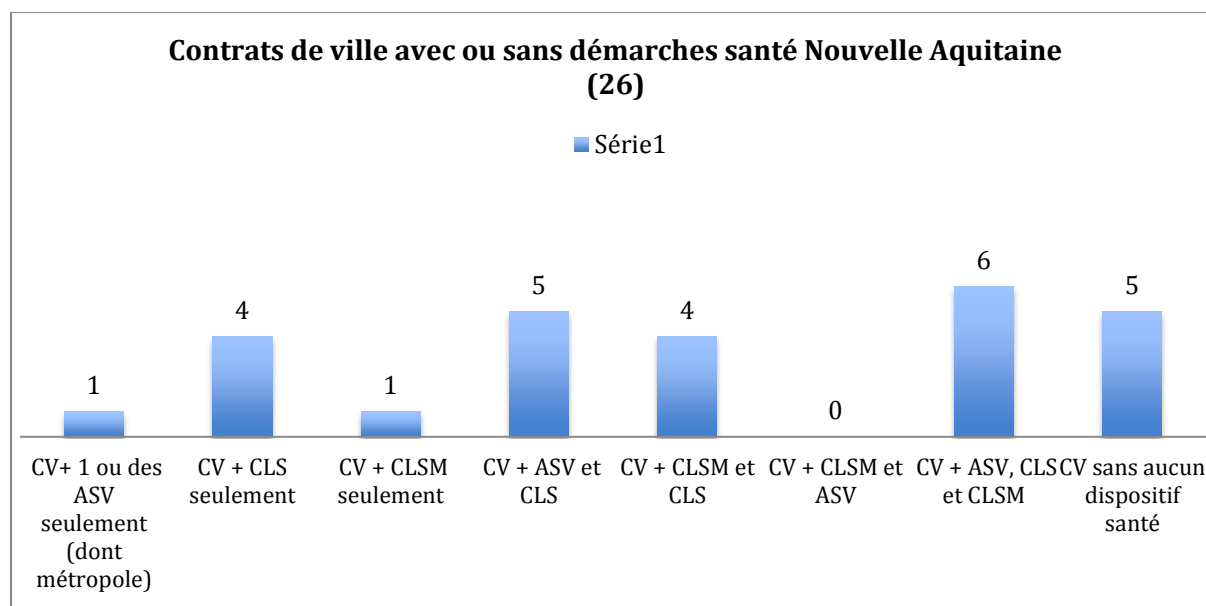
**Données chiffrées (mars 2018)**

26 contrats de ville

35 CLS

20 ASV

15 CLSM



La mission régionale Santé et Territoires est portée par l'Ireps Aquitaine depuis 2006. Soutenue par l'Agence Régionale de Santé, la Direction Régionale et départementale de la Jeunesse et des Sports et de la Cohésion Sociale, ainsi que par le Secrétariat Général des Affaires Régionales Nouvelle Aquitaine, cette mission vise à contribuer au développement équitable de dynamiques territorialisées de promotion de la santé et de réduction des Inégalités Sociales de Santé.

Pour ce faire, la mission Santé et Territoires appuie les services de l'Etat, l'ARS et les collectivités afin de soutenir les « Projets Locaux de Santé », et tout particulièrement les dispositifs inscrits dans le cadre des politiques de santé et de cohésion sociale ville, notamment la politique de la ville. Cette mission accompagne les coordonnateurs ASV et CSL, anime un réseau d'acteurs et capitalise les expériences de ces projets locaux de santé.

Le territoire de la Nouvelle Aquitaine, issu de la fusion de 3 régions en 2017 (Aquitaine, Limousin, Poitou-Charente) est un territoire contrasté en termes de déploiement de dynamiques territoriales de santé. C'est une grande région, mais elle est historiquement peu touchée par la politique de la ville, avec peu de contrats de ville. Les QPV sont relativement petits, et les dotations sont assez faibles, notamment pour les dispositifs santé.

On retrouve des pôles urbains (grosse commune, plusieurs QPV) bien pourvus en dynamiques territoriales de santé, dont certains cumulent ASV, CLS et CLSM, l'ASV ayant systématiquement une antériorité : Angoulême, La Rochelle, Niort, Châtellerauld, Poitiers, Bordeaux Métropole,

Mont-de Marsan. La Fabrique a pu capitaliser des expériences à Niort, Soyaux (CA d'Angoulême), et la métropole de Bordeaux.

[Rapport capitalisation] [ASV Soyaux \(porté par l'ASProS\) : participation des habitants aux groupes de travail](#)

[Inspir'actions] [ASV Niort : accès aux droits des jeunes dans un contexte de dématérialisation](#)

[Inspir'actions] [ASV Mont de Marsan Agglomération : ateliers cuisine et théâtre forum pour se réappropriier le contenu de son assiette](#)

La métropole de Bordeaux se caractérise par la mise en place d'un CLS à l'échelle métropolitaine, qui est toujours en cours de signature. Il a fait préalablement l'objet d'une étude de faisabilité<sup>7</sup> menée par l'IREPS Aquitaine, avec la préoccupation d'interroger les élus et les techniciens des communes qui la composent pour réfléchir à l'articulation entre le cadre métropolitain et les communes. Un service santé lié à l'environnement a été créé à la métropole, il assurera la coordination de ce CLS. Ce service « santé- qualité de vie » de la Métropole est rattaché à une direction Energie, Écologie et développement durable, qui pilote également le conseil consultatif de gouvernance alimentaire durable. Ce service est mutualisé entre la métropole et la ville de Bordeaux, mais les ASV de la ville de Bordeaux sont attachés au service développement social urbain.

[Actes 2016] [ASV Bordeaux : budget participatif](#)

[Inspir'action] [ASV Talence : potagères à cultiver](#)

[Récit d'expérience] [GIP Rive droite de l'agglomération bordelaise : étude de faisabilité pour la création d'un centre de santé](#)

[Inspir'action] [Prémices d'une gouvernance alimentaire durable, par Bordeaux métropole](#)

La question de l'intégration des ASV du territoire métropolitain dans le CLS de la métropole a été posée, avec la demande de l'État préfecture de conduire une réflexion globale de financements à l'échelle du CLS.

Plus globalement sur le territoire, un affichage de la santé est maintenu dans les contrats de ville avec des éléments de diagnostic de qualité et précision variables. Cependant, les modalités d'intervention sur la santé restent imprécises. On constate peu de moyens fléchés vers la santé, laissant à l'appréciation de chaque commune la ventilation des crédits alloués par convention. Les petits contrats de ville, avec peu de quartiers prioritaires, ont peu de moyens alloués et, in fine, les priorités affichées en santé sont rarement mises en œuvre. Ainsi, dans le contrat de ville de la communauté d'agglomération du Libournais, affiche la création d'un ASV qui ne peut mettre être mis en œuvre, faute de crédits suffisants pour financer son ingénierie.

Pour ce qui est des ASV, sauf exception (grosse commune, nombreux quartiers prioritaires), l'ASV est un dispositif très faiblement co-financé au titre du Contrat de ville, ce qui précarise la coordination et induit un turnover sur les postes. Le dispositif semble détaché du chef de projet

---

<sup>7</sup> <https://santeterritoiresnouvelleaquitaine.org/2016/03/11/prefiguration-du-contrat-local-de-sante-de-bordeaux-metropole/-more-510>

communal et du suivi du contrat de ville, il est donc peu visible aux yeux des grands partenaires (ARS, DRJSCS, Préfecture,...). Cependant, des ASV se maintiennent et privilégient l'animation d'acteurs et l'articulation entre les dispositifs/instances (conseils citoyens, CLS,...) et les programmations macro et micro (intercommunale, communale, quartier). On constate sur la grande région que des communes et intercommunalités non concernées par la politique de la ville souhaitent décliner le dispositif. L'ASV est perçu comme une dynamique souple de micro projet qui semble répondre à des besoins que la rigidité et l'ampleur des CLS ne couvrent pas.

Les Contrats locaux de santé urbains ont découlé initialement des dynamiques et animations d'ASV. L'émergence des CLS n'a pas fait disparaître l'intérêt et l'animation d'ASV, malgré la faiblesse des articulations entre CLS et ASV (au-delà des passerelles rédigées dans les documents cadre). Cet intérêt soulève la nécessité pour l'Etat, garant des politiques de santé, de cadrer et soutenir l'implication des collectivités en matière de promotion de la santé (notamment financièrement en période de tensions budgétaires).

En une dizaine d'années (le premier ASV aquitain a été créé Eysines en 2005), une culture commune développée sur l'expertise (enquêtes et indicateurs santé), sur l'animation (modalités de concertation/planification), et sur les déterminants et problématiques de santé (décalage entre l'offre/son fonctionnement et les spécificités des publics) qui perdure au-delà du maintien éventuel de l'ASV

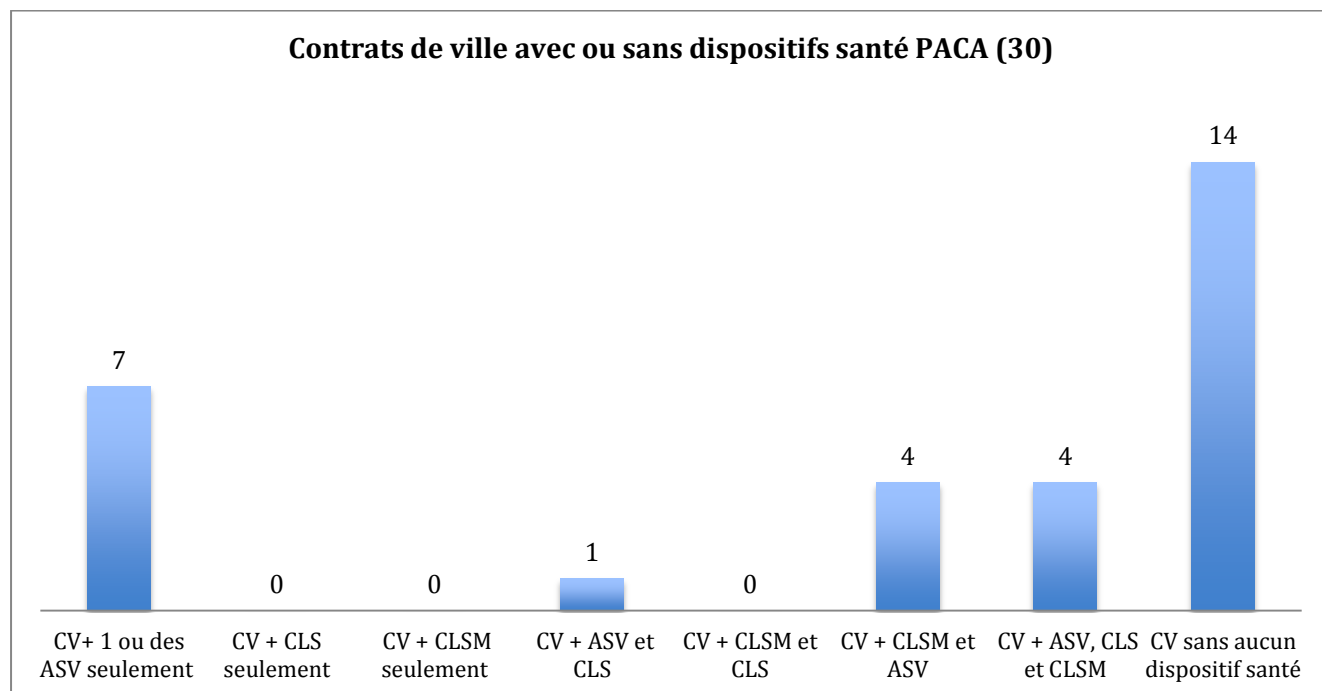
**Quelques chiffres (mars 2018) :**

**30 contrats de ville**

**23 ASV dont, un ASV sur un territoires hors politique de la ville et un ASV sur un territoire de veille**

**5 CLS**

**14 CLSM**



Une mission d’animation régionale des ASV est portée par le CRES PACA. Depuis 2010, la DRJSCS la finance au côté de l’ARS (et du conseil régional jusqu’à l’an dernier). Les orientations de cette mission sont décidées conjointement, en lien avec les priorités de chacun et les besoins exprimés des coordinateurs ASV.

Depuis toujours, les ASV structurent fortement l’animation territoriale en santé dans les territoires de la région Paca ; et quand des CLSM existent, les ASV sont souvent à l’origine de la démarche et ont contribué à leur création, voire à leur accompagnement. De même pour les maisons de santé pluriprofessionnelles dont les ASV ont accompagné le déploiement opérationnel sur leur territoire (cf tableau).

On constate cependant de fortes disparités de déploiement des démarches territorialisées de santé dans la région, qui répondent aux disparités de répartition des quartiers politique de la ville entre des territoires très denses en QPV et d’autres qui en contiennent peu ou de petite taille, rapportée au nombre d’habitants. Y cohabitent un département, les Hautes-Alpes, qui ne comporte ni ASV, ni CLS, ni CLSM actif, avec un petit QPV de près de 1500 habitants, et des départements assez bien ou bien pourvus en démarches territoriales de santé. Elles s’ancrent sur des zones urbaines assez denses, qui émarginent depuis longtemps à la politique de la ville,

politique publique qui s'affirme donc très clairement comme moteur de dynamiques territoriales de santé sur le territoire.

Le département des Bouches-du-Rhône tient une place particulière dans la région. Ainsi, Paca a été l'une des premières régions à expérimenter la démarche ASV au début des années 2000 dans les Bouches-du-Rhône, avec un investissement très fort de la DDASS 13. Ce département bénéficie donc d'une solide antériorité dans l'animation territoriale en santé, qui transparait à la fois dans le maillage territorial mais aussi dans l'accompagnement des acteurs par l'ARS.

### **Les Ateliers santé ville**

23 ASV actifs sont recensés en PACA, tous sont animés par un coordonnateur. Les Alpes-Maritimes sont plutôt bien pourvues, comportant 6 ASV, soit sur chaque territoire de contrat de ville, hormis une communauté d'agglomération doté d'un petit QPV (1500 habitants environ). L'un est sur un territoire de veille active (Valbonne), maintenu notamment par la volonté politique des élus de la commune, et un autre dans la commune d'Antibes qui n'est pas en politique de la ville.

[Récit d'expérience] [ASV Valbonne : Mise en place et modélisation d'un continuum préventif sur les conduites addictives des jeunes](#)

A noter que l'ASV de Carros dans la Métropole de Nice Côte d'Azur n'existe plus, seul un CLSM y perdure, mais il n'y a plus de coordinateur pour le moment. Sur une partie de ces territoires, l'ASV a été à l'origine de la création de CLSM ; à Grasse, c'est l'ASV qui est actif sur les questions de santé mentale.

Le Var ne comporte qu'un ASV, à La Seyne sur Mer, intégré à la fois au contrat de ville et au CLS, et en articulation avec le CLSM. Un seul ASV aussi dans les Alpes-de-Haute-Provence à Dignes-les-Bains, et trois dans le Vaucluse : l'ASV d'Avignon est porté par l'agglo, il est aujourd'hui le terreau d'un plan local de santé publique (PLSP) en cours d'élaboration qui a vocation à élargir le volet santé du contrat de ville en axe santé publique largement structuré par le PLSP ; Cavailon porte aussi un ASV, tandis que celui d'Apt n'a plus de coordination.

Les ASV sont présents avec une forte antériorité dans les Bouches-du-Rhône (12 dont 2 ne sont plus coordonnés à l'heure actuels, Vitrolles et Aubagne). La plupart sont aujourd'hui concentrés dans la métropole Aix Marseille Provence (9 ASV coordonnés). Les quatre ASV de Marseille sont aujourd'hui portés par le service politique de la ville de la métropole, comme l'ASV de Martigues. Ce sera le cas pour l'ensemble des ASV présents sur le territoire de la métropole.

[Récit d'expérience] [ASV Martigues Port de Bouc : Formation-action des étudiants infirmiers en santé publique](#)

[Récit d'expérience] [ASV Marseille et Planning familial des Bouches-du-Rhône : expérimentation du ProDAS \(programme de développement affectif et social\)](#)

[Inspir'action] [ASV Marseille : réseaux santé mentale/logement](#)

[Actes 2017] [Partenariat entre un centre de santé et un CMP dans les quartiers Nord](#)

De manière générale, les coordonnateurs ASV de la région témoignent d'une forte intégration avec la politique de la ville : intégration de l'ASV dans le volet santé du contrat de ville et travail régulier avec les équipes de terrain de la politique de la ville, présence dans les instances de pilotage, voire d'élaboration ou d'évaluation du contrat de ville.

L'ARS est quant à elle très engagée dans l'animation territoriale des ASV. Si historiquement, les engagements des Directions départementales des ARS varient d'un département à l'autre, la délégation des Bouches du Rhône est la plus investie dans la démarche, car c'est la DDASS 13 qui l'a mise en place. La DD 13 anime le réseau des coordonnateurs en les réunissant une fois par mois environ sur un sujet de fond ou de méthodologie. Elle a également permis l'accompagnement des nouveaux coordonnateurs par un organisme extérieur sur les étapes de diagnostic et d'évaluation.

Sur les autres départements, il n'y a pas d'animation territoriale assurée par l'ARS. La raison étant peut-être aussi le fait qu'ils sont peu nombreux (1 dans les Alpes-de-Haute-Provence, 1 dans le Vaucluse, 2 dans le Var), mais tout de même 7 dans les Alpes-Maritimes.

Pour la cohésion sociale, au niveau local, dans le département du Vaucluse (84) et des Alpes Maritimes (06), les liens existent et sont opérationnels, notamment depuis la création des conseils citoyens, car l'expertise d'animation territoriale des ASV est recherchée. D'autres part, il y a quelques années dans le 06, la DDCS a soutenu la création de poste de médiateurs en santé publique en lien avec les priorités de plusieurs PLSP.

### **Les contrats locaux de santé**

Il existe cinq CLS actifs dans la région Paca, tous mis en place sur des territoires d'ores et déjà animés par des ASV : Marseille et Martigues pour les Bouches-du-Rhône, La Seyne-sur-Mer et Toulon dans le Var et Apt dans le Vaucluse. Les CLS de Briançon et de Grasse n'existent plus, faute de portage politique communal.

Il n'existe à ce jour aucune coordination dédiée pour les CLS existants en Paca.

La présence sur le territoire régional de seulement 5 CLS actifs montre que pendant la mise en œuvre du PRS1, les collectivités n'y ont pas vu un outil opérationnel de déclinaison de leur politique locale de santé ou du programme régional de santé. De son côté, l'ARS n'a pas encouragé jusqu'à récemment leur développement, même s'il le positionne comme un outil possible de déclinaison du PRS. Il semble que la stratégie envisagée dans le PRS2 s'oriente vers le déploiement de ces contrats à des échelles préférentiellement intercommunales.

L'ARS a missionné depuis 2017 le CRES PACA pour faire un bilan sur la plus-values des CLS existants, mettre en lumière les freins et les leviers à leur création et mise en œuvre, en vue de construire un argumentaire à destination des collectivités.

Des questions restent en suspens : vaut-il mieux déployer le CLS sur les territoires où il existe déjà une coordination territoriale (ASV ou CLSM) sur laquelle le CLS pourra s'appuyer et qui facilitera sa mise en œuvre, ou bien faut-il les promouvoir sur les territoires peu pourvus ?

### **CLSM**

Depuis plus de 3 ans, l'ARS s'est engagée à soutenir financièrement les postes de coordonnateurs CLSM sur le territoire régional. Après avoir identifié les territoires ayant mis en place des

dynamiques locales de coopération en santé mentale, le CRES PACA a accompagné élus et hôpitaux à remplir le cahier des charges de l'ARS pour des postes de coordination dédiés. Les financements varient en fonction des territoires et des équivalents temps plein. Les questionnaires de suivi de l'activité des CLSM (en cours) montrent que les DDCS et autres services de l'état sont peu présents dans les groupes de travail, plénière ou Copil.

Sur les territoires, l'articulation entre les dispositifs, acteurs et échelles territoriales se fait par la force des choses. Ce sont souvent les mêmes acteurs qui sont impliqués car CLS, ASV et CLSM sont dans des approches holistiques. Méthodologie et coordination s'appuient sur les expériences des ASV (ou sont assurés par les ASV).



## **2. Revue des productions de la Fabrique : des éléments sur le financement et les clés de réussite**

Une analyse a été faite à partir d'une revue des productions internes de l'association concernant les trois régions ciblées par ce travail : rapport de capitalisation, Inspir'actions, dossiers ressources, actes des rencontres nationales et compte-rendus de journées en région (une seule rencontre concernée, en Paca). Dans la mesure où ces productions concernent exclusivement des actions, c'est par le prisme des expériences, qui ne renseignent que partiellement sur la configuration et la gouvernance de la démarche, que l'analyse a été produite. Elle n'est donc pas exhaustive.

Les expériences valorisées dans la capitalisation ont été proposées suite à différents appels à contributions ; le mode déclaratif renseigne aussi sur la capacité des porteurs de projets, collectivités territoriales principalement, à la fois à prendre du recul, formaliser et mettre en valeur les expériences et témoigne a fortiori du dynamisme en matière de santé de ces territoires.

27 expériences réparties sur ces trois régions ont été relues au travers d'une grille questionnant notamment le public, le territoire dans sa situation, son périmètre et l'échelle d'intervention (urbain ou rural ; commune, intercommunalité, quartier ; localisation) ; les partenaires financiers et opérationnels ; les liens avec les autres politiques publiques ; la durée de l'action.

Un certain nombre d'éléments sont ressortis de cette relecture. Corroborant ce que nous dit le déploiement des démarches dans ces trois régions, les territoires concernés par les actions sont à 90 % des territoires urbains, dont la moitié en quartier politique de la ville. 63% des actions sont portées au niveau de la commune, 30% de l'agglomération et 7% par le département.

L'Atelier santé ville est impliqué dans 67% des expériences, soit comme porteur du projet, soit comme partenaire des actions, comme par exemple sur les projets des maisons de santé pluriprofessionnelles (Échirolles, Marseille), la médiation santé à Saint-Étienne ou le réseau d'achats en commun Vrac à Lyon. Les actions impliquent la ville à 83 %, mobilisant notamment les élus, et s'élaborent dans le cadre de comités de pilotage multipartenariaux.

### **Le droit commun, principal contributeur**

Pour ce qui est du financement des actions, elles sont à 67% multi-financées. En termes de volume, les ARS figurent à hauteur de 54% de l'ensemble des financeurs (en subventionnant 48% des actions), suivies par les collectivités territoriales à hauteur de 50%, (en subventionnant 44% des actions). Les DDSCS représentent un tiers de l'ensemble des financements (en subventionnant 30% des actions). Le couple de financeurs qu'on retrouve le plus est ARS / collectivités territoriales. Sur les quartiers en politique de la ville, l'ARS est donc un financeur de premier plan : selon les territoires, elle prend en charge ou initie des actions dans le cadre de politiques publiques régionales, comme le PRS, la médiation en santé ou les contrats locaux de santé. Elles sont par ailleurs investies, certes à géométrie variable, dans l'animation de réseau de coordonnateurs et dans l'appui méthodologique, via les centres de ressources politiques de la ville ou des Ireps / Cres.

Les collectivités territoriales sont elles aussi très impliquées : elles financent des postes de coordination parfois à 100%, portent majoritairement la coordination des démarches ASV et des CLS, co-financent la coordination des CLSM, et participent aux financements des actions.

L'État est donc le premier contributeur financier des actions santé sur ces territoires. Les organismes sociaux (CAF, MSA, CPAM, CARSAT) sont en proportion peu présents et représentent 21% des financeurs, (18% des actions sont co-financées), alors même qu'un certain nombre d'actions concernent l'accès aux droits et aux soins.

Les dynamiques territoriales de santé n'émergent donc pas principalement à des financements politique de la ville et mobilisent bien le droit de commun dans le financement des actions, voire dans le financement de l'ingénierie, via les ARS en premier lieu et les collectivités territoriales.

### **Des dynamiques multi-partenariales**

Concernant le partenariat opérationnel, la plupart des actions capitalisées mobilisent plusieurs partenaires opérationnels, et la majorité d'entre elles ont un lien avec d'autres déterminants de santé que celui concerné par l'action en elle-même. Aussi, d'autres politiques publiques ont été mobilisées, pour 18 expériences sur 27. Ce sont à 70% de politique publique de santé (PNNS, PRS, CLS, programme médiation santé financé par l'ARS, PLSP), puis urbanisme, politique de la ville (PRE, PRU).

### **La durée, clé de réussite des actions**

Les actions capitalisées sur ces trois régions sont massivement en cours. Leur durée va de 2 à 19 ans, avec une moyenne 6 ans et demie (médiane à 4 ans et demie). L'action la plus ancienne témoigne d'une volonté très forte des élus, de l'implication des équipes municipales, d'une grande diversité de partenaires, à la fois financiers et opérationnels, adossée à une politique de droit commun. On retient de cette lecture que les collectivités qui inscrivent leurs actions dans la durée, telles de Marseille, Lyon, Valbonne ou Mouans-Sartoux, ont des élus mobilisés et impliquent des services de droits communs (bailleurs, services municipaux, ARS).

## Conclusions

Les retours sur les configurations et les déploiements des démarches par les animations régionales, ainsi que l'analyse au travers de la capitalisation d'expériences menée par la Fabrique amènent à plusieurs constats.

D'abord, le droit commun est fortement mobilisé dans les dynamiques territoriales de santé à destination des quartiers politique de la ville, en finançant selon les territoires coordination et actions, en initiant des dispositifs comme la médiation santé en Auvergne-Rhône-Alpes ou en soutenant des réseaux de coordonnateurs.

Constat est fait aussi que les ASV ont réellement permis de déployer et structurer une animation territoriale coordonnée en santé et notamment dans les quartiers politique de la ville et ont permis de développer d'autres démarches coordonnées comme le CLS et les CLSM mais aussi des maisons ou centres de santé pluriprofessionnels, et ce sur les trois régions. Au final, les ASV sont un vrai moteur pour faire revenir le droit commun dans les quartiers.

L'hétérogénéité du déploiement des démarches entre régions et au sein d'une même région est assez fortement corrélée à la gouvernance et à la volonté politique des collectivités territoriales, mais aussi des services de l'État en région, comme l'ARS. On retrouve dans les trois régions étudiées des démarches (ASV, CLS) qui sont abandonnées au gré de décision ou d'alternance politiques, comme des territoires très investis en dispositifs, des ARS soutenant telle démarche ou une autre. L'articulation entre les démarches qui peut exister au niveau local, au niveau des collectivités, peine parfois à être trouvée au niveau de l'État en région.

Le maillage des dynamiques territoriales de santé sur ces trois régions montre une forte concentration des dynamiques sur les territoires urbains les plus grands et les plus denses, avec des QPV de taille moyenne à importante, dans lesquels les ASV sont implantés depuis longtemps. Le contexte de métropolisation, dans laquelle les dynamiques de santé semblent diversement intégrées, est aussi à prendre en compte, notamment à Bordeaux, Lyon et à Marseille. Ces métropoles concentrent les quartiers et les moyens, mais ne sont pas non plus à l'abri de coupes budgétaires et de mutualisation de moyens sous couvert d'intégration des démarches, avec une prime aux dispositifs positionnés sur les plus grandes échelles. Pour l'heure, on constate un maintien des ASV sur ces territoires, avec cependant des configurations différentes dans l'engagement santé des métropoles et les articulations avec les communes qui les composent.

Ainsi dans les trois régions, des communes cumulent plusieurs dispositifs, alors que les territoires où la politique de la ville est peu concernée apparaissent comme sous-dotés. Si les ASV qui ont une certaine antériorité et une bonne assise sont intégrés dans le contrat de ville, dans une articulation qui fait sens, quid des territoires où il n'y a aujourd'hui aucune démarche territorialisée en santé? Quid des petits territoires qui ont de réels besoins identifiés notamment dans le contrat de ville? Qu'en est-il du financement dédié à ces actions santé et de leur mise en cohérence au sein d'une programmation? Même si des actions en prévention peuvent être financées auprès de porteurs de projets associatifs, on relève de vraies difficultés à mettre en place une démarche coordonnée (qui a pourtant porté ses fruits ailleurs), avec un effet saupoudrage d'actions. Quelle animation territoriale peut alors leur être proposée?

La question de l'équité sur les territoires se pose alors. Si on relève notamment des services de l'État en région diversement impliqués dans les dispositifs, avec des disparités dans les engagements politique et financier, c'est davantage l'absence de cadrage national, tant sur les ASV que sur les CLS, (ce qui n'est pas le cas sur les CLSM : circulaire interministérielle, acteur ressources identifié et doté financièrement pour appui, accompagnement CLSM et animation réseau de coordonnateurs CLSM) qui pose question.