

**PROFESSION
BANLIEUE**

15, rue Catulienne – 93200 Saint-Denis
Tél. : 01 48 09 26 36 – Fax : 01 48 20 73 88
profession.banlieue@wanadoo.fr

WWW.PROFESSIONBANLIEUE.ORG

CENTRE DE RESSOURCES
La politique de la ville en Seine-Saint-Denis

MÉMO

Démarche Atelier santé ville et programmation locale de santé

Plan local de santé et contrat local de santé

Version longue

*Si les villes n'ont pas de compétences juridiques en matière de santé,
elles sont légitimes et compétentes au sens des expertises mobilisées
pour agir sur la santé et la qualité de vie des habitants.*

*Document produit dans le cadre du groupe de travail
des coordonnateurs ASV de Seine-Saint-Denis et de leurs partenaires*

DÉFINITIONS & RAPPELS

Démarche ASV/Programmation locale de santé/Contrat local de Santé

La **démarche ASV (ASV)** est fondamentalement une dynamique de coordination¹ d'acteurs et d'actions *avec une fonction dédiée à ce titre*², au service de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, sur les quartiers prioritaires de la politique de la ville³.

- Elle est fondée sur une ingénierie de projet devant soutenir le processus d'élaboration d'une programmation locale de santé. L'implication effective des habitants est une des stratégies à inclure au titre de la lutte contre les exclusions.
- L'ASV permet de structurer le volet santé des Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS). Mais d'autres actions inscrites dans le CUCS au titre de l'éducation, de l'habitat ou du cadre de vie, par exemple, peuvent également contribuer à la santé des populations concernées. Il importe donc de les valoriser.
- La démarche contribue au développement des politiques de droit commun dans une double dynamique « local-régional » : les villes ont des spécificités et apports à faire valoir (connaissance des territoires, émergence de problématiques, modes opératoires ajustés...) ; la démarche ASV ne peut se réduire à la seule déclinaison des priorités régionales de santé publique.
- Le positionnement du coordonnateur ASV dans l'organigramme de la ville est déterminant pour que la démarche de programmation de l'ASV soit la plus pertinente.

La **programmation locale de santé**⁴ est incontournable pour toute démarche ASV. Cette programmation doit permettre de dépasser la juxtaposition des actions pour aller vers l'organisation cohérente d'actions, autour d'objectifs définis pour une période donnée.

- Des objectifs et « résultats attendus » objectivés et écrits facilitent le partage d'une programmation.
- Les méthodes et outils pour réaliser le suivi et l'évaluation doivent être explicités.
- Les publics, territoires, partenaires et pilotes identifiés pour mener à bien cette programmation sont à valoriser. Les ressources financières peuvent apparaître sur le même document.
- Il est essentiel aussi de ne pas figer les projets : toute programmation doit être ajustée au fil du temps et des contextes à partir des échanges avec les acteurs concernés.

- Cette programmation doit mettre en valeur les objectifs assignés à la fonction de coordination et préciser les modalités de gouvernance et d'organisation locale : comité de pilotage, comité technique, groupes de travail existant ou en prévision, interfaces entre partenaires et projets respectifs...⁵.

Le **Contrat local de santé (CLS)**⁶ est la forme contractuelle des priorités identifiées dans un plan local de santé et mises en commun entre la commune ou l'intercommunalité et l'ARS.

L'ASV par son antériorité et sa connaissance du territoire constitue un appui central pour l'élaboration du contenu de ce contrat.

- La période des discussions autour d'un CLS constitue un moment clé pour renforcer l'analyse et les réponses aux problématiques de santé de façon transversale et intersectorielle (interfaces promotion de la santé, prévention, médico-social, soins).
- Le CLS est d'abord validé par la Conférence de territoires de santé puis par le Conseil Municipal. Il est ensuite signé entre le Maire ou le Président de l'intercommunalité si tel est le cas, le Préfet et le Directeur de l'Agence régionale de santé (ARS).
- Le *coordonnateur ASV*, étant prioritairement garant de la programmation liée aux publics en situation de précarité sur les quartiers de la politique de la ville, *ne peut de facto être systématiquement le référent du CLS*. Mais de ce fait, il a une place centrale dans l'équipe qui porte le CLS.

¹ Le terme de coopération est parfois préféré, soulignant les dynamiques de co-construction entre différents types d'acteurs ; s'ils relèvent de champs différents, on parlera de coopération intersectorielle (habitat, éducation et formation, social, médico-social, développement du territoire, justice...)

² L'ASV n'est ni un programme, ni encore moins une action. Le terme « démarche » souligne la nécessité de développer l'ingénierie de projet concertée.

³ Des foyers pour travailleurs migrants peuvent être situés hors quartier prioritaire tout en restant des sites pris en compte par les ASV par exemple.

⁴ Note : le terme « plan local de santé (PLS) » serait désormais réservé aux programmations sur les territoires définis par l'ARS (se référer à la circulaire à venir).

⁵ Une programmation aboutie est le fruit d'un processus de concertation locale et demande du temps, des expertises pour être élaborée. Elle ne se résume pas à la juxtaposition de fiches actions.

⁶ Ce n'est pas le Contrat Local de Sécurité !

SE PRÉPARER DANS LE CADRE D'UN CLS : QUESTIONS ESSENTIELLES POUR LES COMMUNES AYANT UN ASV⁷

Les questions retenues sont là pour alerter sur des « incontournables » et non pas pour aller dans le détail. Ce cadre aide à préciser les réflexions importantes autour du CLS et ce qu'il oblige à mettre au débat à savoir *renforcer la programmation concertée autour de la politique locale de santé sur un territoire donné, pour réduire les inégalités de santé.*

Étape 1 : valider l'intérêt de la commune pour un CLS et élaborer un argumentaire

- La commune souhaite-t-elle aller vers un CLS ? Pour quelles raisons ? Pour quelle échéance ?
- Les liens et différences entre démarche ASV (programmation locale de santé), plan local de santé et contrat local de santé sont-ils explicites ?
- Vers quoi la commune veut-elle tendre en termes de politique locale de santé à l'heure des discussions ?
- Ces questionnements *seront enrichis par les étapes ultérieures et les premiers éléments mis en commun.*

→ Les communes peuvent décider concernant un CLS :

- a) que ce n'est pas le moment,
- b) que c'est le moment en commençant par le renforcement de la démarche ASV,
- c) que c'est le moment et l'opportunité pour renforcer les réflexions autour de la politique locale de santé (revisiter les priorités, les méthodes de travail, les synergies intersectorielles...).

Si la décision d'aller vers un CLS est prise, un courrier mentionnant cette intention doit être adressé au DG de l'ARS, avec une copie à la DT 93, à la DRJSCS, à la DDCS et / ou à la Préfecture de département.

Étape 2 : clarifier le positionnement de l'ASV

Ce travail d'explicitation évitera par la suite des problèmes autour du positionnement des acteurs et des engagements réciproques.

Quelle place occupe la démarche ASV à ce jour dans la perspective d'un Plan local de santé et d'un CLS ?

Deux scénarii de base sont à considérer selon le degré d'organisation de la politique locale de santé :

- **Scénario 1** : La démarche ASV est-elle, à l'heure des discussions, la base pour consolider les ambitions de la commune en matière de santé et penser la contractualisation ?

- **Scénario 2** : La démarche ASV fait-elle partie d'une des dynamiques à prendre en compte dans les réflexions ? Fait-elle partie d'un processus plus large où différents acteurs ou encore différents champs seraient plus impliqués alors qu'ils ne l'étaient pas avant (travail autour des déterminants de santé et prévention, les champs du médico-social et du soin).

Dans les deux cas de figure, la démarche ASV doit rester garante des publics et territoires prioritaires.

L'identité de la démarche doit être respectée.

Le portage des réflexions va être différent selon le scénario.

Étape 3 : consolider la concertation autour des programmations : créer des espaces pour intégrer élus, professionnels et habitants selon la maturité des démarches participatives.

- Quels sont les espaces de réflexion, comités de pilotage déjà existants (éviter les réunions multiples) ?
- Qui sont les acteurs à intégrer de façon impérative en fonction du scénario choisi ?
- Quelles méthodes de travail permettront d'organiser les réflexions et la production de documents avec des professionnels de cultures différentes ? Comment se mettre d'accord sur une organisation du travail ?
- Qui compose l'équipe de référence pour la programmation ? Comment définit-on les tâches de chacun dans cette équipe ?
- Quels sont les agendas respectifs ? Comment se mettre à établir un calendrier commun ?
- Qui peut constituer l'équipe dont la fonction sera d'abord de consolider la programmation locale de santé (scénario 1) ou le plan local de santé ?
- Quels sont les engagements des élus et directions pour soutenir le processus ?
- Comment définit-on les tâches de chacun dans cette équipe ?
- Comment organise-t-on la communication avec les autres partenaires ?

À la fin de cette étape, l'organisation doit être claire : pilotage, groupe technique ou de travail, méthodes, calendrier, attendus explicites pour tous.

Quel que soit le scénario choisi, les étapes suivantes suivent la même logique.

Ce sont les paramètres à intégrer qui vont varier, de même que la complexité du processus.

Étape 4 : obtenir la vision la plus exhaustive possible des actions de santé

Étape 4.1 : recenser les actions portées ou soutenues par l'ASV, l'idée étant d'avoir à ce stade une vision généraliste

- Quels sont les publics, thématiques et territoires des différentes actions menées ?
- Quelles sont les interfaces développées/à développer ? spécifiquement avec les autres volets du Cucs ? Avec les autres dispositifs (type PRE) ?
- Quels sont les partenaires actuellement non mobilisés dans le champ développé par l'ASV ?
- Quels sont les acteurs qui devraient être associés si la démarche inclut le médico-social, le soin ?

- Où en est la démarche du point de vue des financements ?
- Comment se dessinent les points forts, les aspects à renforcer sur la base des derniers bilans (publics et territoires pris en compte ou à prendre en compte ; thématiques travaillées ou à travailler⁷; acteurs impliqués ou à impliquer ?
- Existe-t-il des points à renforcer concernant le positionnement et la fonction du coordonnateur ASV ?

Étape 4.2 : recenser les actions « en dehors » de l'ASV

- Quels sont les axes de travail déjà développés : porte d'entrée par population, thème ou territoire ?
- Quels sont les axes importants à consolider ou à développer ? (éléments de travail à venir). À cette étape, être attentif aux articulations à créer ou à renforcer avec les actions des différents volets du Cucs et les chefs de projet Cucs.
- Quels sont les principaux axes de travail dans le champ médico-social ou du soin : premier recours, lien ville/hôpital (dont les PASS) ?
- Quels sont les besoins actuels prioritairement identifiés ? Quelles sont les attentes des acteurs ?

Étape 4.3 : clarifier les priorités pour la commune en matière de santé en tenant compte de ses ressources (humaines, matérielles, financières) mobilisées et mobilisables.

- Au regard des étapes 4.1 et 4.2, quelles sont les zones de recoupement les plus fortes ? Où se concentrent les efforts ? Existence-ils des besoins non couverts ?
- Quels sont les choix que la commune souhaite réaffirmer sur la base de l'existant ?
- Quels sont les axes de travail que la commune souhaite développer par ailleurs ?
- Quels sont les ressources existantes pour cela (compétences, synergies créées/à créer, ressources financières...) ?
- Dans le cadre de son organisation locale, comment simplifier le fonctionnement des instances de pilotage et des instances techniques ?

Étape 5 : identifier, au sein de ses priorités, ce que la commune souhaite intégrer au CLS et développer un argumentaire

- Quels sont les axes de travail existants à réaffirmer en renforçant la synergie des acteurs (populations, thématiques, territoires) ?
- Quels sont les développements souhaités en première intention, en renforçant là encore la synergie des acteurs ?

Étape 6 : préciser le positionnement du coordonnateur ASV au terme de ces étapes et les modalités d'organisation générale du CLS

- Le positionnement du coordonnateur dans l'organigramme de la commune est-il satisfaisant ?

- Comment la légitimité du coordonnateur peut-elle être renforcée pour le futur et donc, comment faciliter ses interfaces avec les autres élus, services de la ville, dispositifs, champs du médico-social et du soin dans le cadre de ses fonctions ?
- Comment clarifier le rôle du coordonnateur au sein des processus en cours ? Dans le cadre de la politique locale de santé ? Dans le cadre du Plan local de santé ? Dans le cadre du CLS ?
- Comment simplifier et élargir les instances de pilotage et technique propres à l'ASV notamment dans le cadre du scénario 2 (voir Étape 2) ? Comment renforcer la transversalité ?

Étape 7 : identifier les sujets sur lesquels la commune pourrait solliciter l'appui de l'ARS

- Quels sont les aspects peu ou mal connus en termes de santé sur le territoire ? (déterminants, accès aux droits, accès à la prévention, accès aux soins)
- Quels sont les soutiens méthodologiques nécessaires pour le futur ? (soutien dans les projets, thématiques pouvant être traités au niveau départemental ou régional, indicateurs et méthodes pour renforcer les évaluations, développement des espaces de débats citoyens autour de la santé...)
- Quels sont les soutiens en termes de mobilisation institutionnelle et de synergie des différents dispositifs ?

⁷ Exemples : déterminants autour de l'habitat, foyers pour travailleurs migrants, périnatalité...

POINTS DE VIGILANCE

1. Le « contrat » ne doit pas occulter le travail de fond autour de la méthodologie de projet.
2. Les CLS signés en 2011 en Île-de-France seront revus en 2012 (« clause de revoyure ») ce qui peut alors permettre de consolider la démarche méthodologique au fil du temps.
3. Il vaut mieux commencer autour d'une dynamique et d'une programmation « modeste » plutôt que de partir dans un processus trop lourd, difficile à structurer. Ceci ne doit pas exclure la capacité d'innovation qui reste essentielle.
4. Les différents champs (promotion de la santé, prévention, médico-social, soins) ne sont pas nécessairement pris en compte simultanément dans les réflexions initiales, mais peuvent être intégrés progressivement (à signaler dans les documents).
5. La démarche ASV est garante de la réduction des inégalités de santé sur les territoires de la politique de la ville. Les fondamentaux de la démarche ASV doivent donc être préservés et consolidés.
6. Le coordonnateur ASV, étant prioritairement garant de la programmation liée aux publics en situation de précarité sur les quartiers de la politique de la ville, ne peut *de facto* être systématiquement le référent du CLS. Sa place et son positionnement au sein de l'équipe qui porte la programmation et le CLS doivent être clarifiés dès l'engagement dans l'élaboration du contrat.
7. Les populations et territoires les plus vulnérables doivent apparaître de façon explicite ainsi que la réduction des inégalités de santé dans les programmations et dans le contrat lui-même. Pour mémoire, l'accès aux droits est une thématique transversale.
8. Les liens avec les différentes politiques publiques et dispositifs doivent être renforcés, explicités à l'occasion des discussions autour des CLS. Il est fortement recommandé de concevoir une équipe pour renforcer les processus méthodologiques.
9. La période actuelle est propice pour réfléchir à la simplification des modes de gouvernance afin d'éviter la multiplication des réunions.
10. L'ARS apporte aussi des éléments de connaissance des territoires (discussions autour de monographies, diagnostics, indicateurs selon leur disponibilité) et de la méthodologie.
11. Ne pas hésiter à solliciter la Conférence régionale de santé et de l'autonomie et ses différents collègues pour avis et questions.
12. Rester vigilant sur la cohérence entre les programmations et les modalités de financement.
13. Toutes les priorités des communes ou agglomérations ne seront pas nécessairement contractualisées, mais pour autant elles restent légitimes et devront bénéficier d'un soutien de la collectivité.