



DYNAMIQUES TERRITORIALES DE SANTÉ (CLS, ASV, CLSM) ET CPTS : QUELLE ARTICULATION ?

Webinaire – 6 avril 2023



RETOUR SUR...

—

WEBINAIRE

-

DYNAMIQUE
TERRITORIALES DE SANTÉ
(CLS, ASV, CLSM) ET
CPTS : QUELLE
ARTICULATION ?

PROGRAMME

Depuis 20 ans, les Ateliers santé ville (ASV), les Conseils locaux en santé mentale (CLSM) puis les Contrats locaux de santé (CLS) se déploient sur l'ensemble du territoire avec le même objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et la mise en place de parcours de santé plus cohérents tenant compte des réalités locales. Depuis 2016, des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) portées par les acteur·rices de santé d'un territoire se développent, visant à « renforcer leur coordination et améliorer la prise en charge de la population de leur territoire... »

Pour poursuivre la réflexion initiée avec l'enquête exploratoire « L'articulation entre les dynamiques territoriales de santé (CLS, CLSM et ASV) et les CPTS : enjeux et questionnements », nous vous invitons à une table ronde où divers points de vue (élu local, coordonnatrice de CLS, coordonnatrice de CPTS, ARS, ...) se pencheront sur les articulations et passerelles entre les dynamiques territoriales de santé (ASV, CLS, CLSM) et les CPTS et sur la capacité des CPTS à s'engager dans une démarche de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

10 h 00 **ACCUEIL – INTRODUCTION**

Didier Febvrel, président de Fabrique Territoires Santé

10 h 15 **PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE**

Lilia Santana, chargée de développement et de coordination, Fabrique Territoires Santé

10 h 30 – 12 h 00 **TABLE RONDE**

Animée par **Catherine Bernard**, administratrice de Fabrique Territoires Santé
Avec :

Gwendal Bars, responsable Politiques territoriales et urbaines en promotion de la santé, ARS Île-de-France

Carole Bégou, coordonnatrice de CLS/CLSM – CCAS d'Echirrolles

Gilbert Hangard, président d'ESPT, adjoint au maire à la Santé – Ville d'Albi

Jean-François Moreul, vice-président FCPTS, médecin généraliste, Pays de la Loire

Catherine Vigoureux, coordonnatrice de CPTS Pays de Lunel



RETOUR SUR...

—

WEBINAIRE

—

DYNAMIQUE
TERRITORIALES DE SANTÉ
(CLS, ASV, CLSM) ET
CPTS : QUELLE
ARTICULATION ?

INTRODUCTION



RETOUR SUR...

—

WEBINAIRE

—

DYNAMIQUE
TERRITORIALES DE SANTÉ
(CLS, ASV, CLSM) ET
CPTS : QUELLE
ARTICULATION ?

ACCUEIL – INTRODUCTION

Didier Febvrel : Bonjour. Je suis le président de l'association Fabrique Territoires Santé, qui organise ce webinaire sur l'articulation entre les communautés professionnelles territoriales de santé et les dynamiques territoriales de santé que sont les ateliers santé ville (ASV), les contrats locaux de santé (CLS) et les conseils locaux de santé mentale (CLSM).

Nous devons d'abord présenter sincèrement nos excuses à celles et ceux qui habitent en Martinique et en Guadeloupe : il est 4 heures du matin. Ils nous ont fait la remarque. Nous ne le referons plus, je vous le promets ! Commencer un webinaire à 4 heures du matin n'est pas idéal...

Fabrique Territoires Santé est une plateforme de ressources pour celles et ceux qui fabriquent ce que nous, nous appelons des dynamiques territoriales de santé telles que les ateliers santé ville, les contrats locaux de santé et les conseils locaux de santé mentale. Le sujet du jour, ce sont les communautés professionnelles territoriales de santé, en particulier pour les coordinatrices et coordinateurs de ces démarches et de ces dispositifs – mais pas uniquement.

Nous avons souhaité proposer un webinaire sur ces articulations, sujet qui suscite un intérêt très fort, comme nous l'avons vu lors d'une enquête menée en 2022 sur cette question, dont nous allons parler plus tard. Aujourd'hui, le nombre de personnes inscrites à ces webinaires est assez impressionnant : 789, et 360 confirmations. Pour l'instant, nous n'avons jamais eu autant d'inscriptions à nos webinaires. C'est également un sujet qui préoccupe un certain nombre d'acteurs locaux. En 2021 et 2022, nous avons eu des interpellations de coordinateur·rices de contrats locaux de santé, qui s'interrogeaient, dans un contexte de Covid, de Ségur, un contexte local qui rappelait à la fois le rôle central de la coordination, donc des coordinatrices et coordinateurs de ces démarches pendant ces moments, et plus largement, l'engagement des habitant·es, des associations de quartier, de terrain, des associations tout court et des collectivités territoriales, et, paradoxalement, des moyens dédiés à certaines de ces dynamiques de plus en plus réduits et conditionnés. Nous avons en outre des questionnements sur le flou et l'hétérogénéité mais aussi, sur le devenir des contrats locaux de santé, avec des différences très nettes d'une région à l'autre ou d'une agence régionale de santé à l'autre. Dans le même temps, nous observons aussi un déploiement très fort et une mobilisation des acteurs et actrices du soin au sein des communautés professionnelles territoriales de santé, avec des attentes fortes exprimées par le national, qui accorde aussi des moyens conséquents que nous, nous pensons être à la hauteur des moyens et des objectifs, une fois n'est pas coutume – nous n'allons donc pas nous en plaindre –, pour les CPTS. D'ailleurs, nous ne voulons pas du tout nous plaindre. Mais c'est aussi l'inquiétude des acteur·rices qui sont impliqués dans les ateliers santé ville, les contrats locaux de santé : les CPTS vont-elles prendre le pas sur les contrats locaux de santé ? Comment toutes ces démarches s'articulent-elles ?

Du point de vue de Fabrique Territoires Santé, c'est donc le moment pour traiter ce sujet. Nous pouvons nous appuyer sur deux voire trois générations de contrats locaux de santé. C'est une expérience à capitaliser. Le déploiement des CPTS est bien entamé ; il est toujours en cours. C'est donc, là aussi, l'occasion de capitaliser



RETOUR SUR...

—

WEBINAIRE

—

DYNAMIQUE
TERRITORIALES DE SANTÉ
(CLS, ASV, CLSM) ET
CPTS : QUELLE
ARTICULATION ?

dès à présent, de façon à ce que cela profite également aux démarches à venir. C'est enfin un moment opportun pour émettre des recommandations et des propositions.

Nous ne ferons pas le tour du sujet en deux heures. Je laisserai la parole à Catherine Bernard, qui se présentera et qui animera cette table ronde. Nous ne pourrons probablement pas répondre à toutes ces questions mais ce n'est pas grave : ce n'est qu'un début. Une nouvelle génération de CLS va venir avec les programmes régionaux de santé de troisième génération. Et après tout, nous pouvons déjà émettre un vœu : il existe un Centre national de ressource et d'appui aux conseils locaux de santé mentale. Peut-être faudrait-il l'équivalent pour les contrats locaux de santé, assuré, pourquoi pas, par la Fabrique Territoires Santé. Mais cela, c'est un autre sujet.

Je laisse la parole à Catherine Bernard pour qu'elle se présente et qu'elle commence à animer cette table ronde.

Catherine Bernard : Merci beaucoup, Didier. Merci à la Fabrique pour l'organisation de ce webinaire. Je me présente rapidement. Je suis administratrice à la Fabrique. Plus largement, je suis à la Fabrique depuis 2015 et depuis 2019, je travaille dans des URPS et plus particulièrement, à l'accompagnement de professionnel·es de santé dans la mise en place de CPTS. Je connais donc relativement bien le sujet des CPTS, des contrats locaux de santé, des ASV et des CLSM.

Je vais commencer par vous présenter rapidement les intervenant·es, avant de laisser la place à l'intervention de Lilia, qui va revenir sur l'enquête qui a été menée par la Fabrique. Par ordre alphabétique, ce sont : Gwendal Bars, au département de politique territoriale et urbaine en promotion de la santé à la direction de la santé publique de l'ARS d'Île-de-France, Carole Bégou, qui est coordinatrice du contrat local de santé et du conseil local de santé mentale de la ville d'Échirolles, au CCAS, Gilbert Hangard, qui est président d'Élus, santé publique & territoires et qui est aussi élu à la santé à la ville d'Albi, le docteur Jean-François Moreul, médecin généraliste dans une MSP des Pays-de-la-Loire et vice-président de la Fédération nationale des CPTS et enfin, Catherine Vigoureux, qui est coordonnatrice de la CPTS du Pays de Lunel, dans l'Hérault.

Je vais d'abord laisser la parole à Lilia et ensuite, nous entamerons la table ronde.



RETOUR SUR...

—
WEBINAIRE

—
DYNAMIQUE
TERRITORIALES DE SANTÉ
(CLS, ASV, CLSM) ET
CPTS : QUELLE
ARTICULATION ?

RESTITUTION DE L'ENQUETE

Lilia Santana : Bonjour et merci à toutes et à tous. Je vais revenir rapidement sur cette enquête, parce que le webinaire d'aujourd'hui s'inscrit dans la continuité de cette première exploration autour de la relation de complémentarité et l'articulation entre les démarches territoriales de santé ASV, CLS et CLSM, qui ont déjà une dizaine ou une vingtaine d'années d'expérience et d'antériorité sur le territoire, et les CPTS, qui sont les derniers-nés, les derniers arrivés dans le paysage.

Il s'agit d'une enquête exploratoire. Nous sommes volontairement partis du point de vue de l'organisation des dynamiques territoriales de santé pour voir, depuis les territoires, comment était perçue l'arrivée de ce nouvel acteur et l'articulation à tisser avec ces professionnel·es.

Nous avons lancé une enquête à la fin 2020. Nous avons mis en place un groupe de travail. Nous avons diffusé un questionnaire. Nous avons mené des entretiens approfondis, des ateliers d'échanges, et nous avons identifié de façon assez partagée –puisque entre les personnes entendues en entretien individuel et celles en groupe de travail, une soixantaine de professionnel·es a été associée – une série de questionnements et d'enjeux que nous souhaitons aujourd'hui en partie remettre en discussion.

Il n'y a pas d'ordre de préférence dans les items qui vont apparaître. Le premier est néanmoins assez important. C'est la relation et l'interrogation par rapport à la place et au rôle des ARS et également, des CPAM. On voit qu'il y a des ARS qui sont très présentes dans l'émergence des CPTS. Certaines vont même jusqu'à les accompagner et à mettre en place des dispositifs ou des appuis soit en interne, soit en allant chercher de l'expertise extérieure pour accompagner l'émergence de la CPTS et éventuellement, la rédaction du premier projet. Certaines ARS peuvent être très incitatives. Des témoignages font état de situations, à l'occasion par exemple de la mise en place d'une MSP, où des ARS incitent très fortement les professionnel·es à mener de front les deux démarches : monter et mettre en place une MSP et dans le même temps, penser à la création d'une CPTS. Certaines ARS ont des positions assez claires sur ce qu'elles attendent de l'articulation entre un CLS et une CPTS, par exemple. Beaucoup de CLS ont, dans leur programmation, une fiche action avec pour objectif d'accompagner le déploiement ou l'émergence de la CPTS en fonction du degré d'avancement du projet. Pour d'autres, c'est beaucoup moins présent. Cela fait partie des sujets qui interrogent : le rôle et la place que peuvent prendre les ARS et le fait que l'on voit des positions parfois un peu différentes d'une ARS à une autre.

Une autre série de questionnements et d'enjeux portait sur la place des élu·es tout au long de la mise en place de la CPTS et tout en amont : doivent-il·les juste être informé·es ? Peuvent-il·elles être consulté·es ? Nous avons vu que sur certains territoires, lorsque les professionnel·es ne s'étaient pas encore mobilisés des élu·es ont pris l'initiative, d'organiser une réunion en invitant les professionnel·es du territoire pour présenter les CPTS et essayer de lancer une dynamique sur le territoire. Mais plus globalement, cela interroge la place des élu·es dans la gouvernance de la CPTS : comment doivent-ils se positionner et sur quel type de sujets peut-on les mobiliser ?



RETOUR SUR...

WEBINAIRE

DYNAMIQUE
TERRITORIALES DE SANTE
(CLS, ASV, CLSM) ET
CPTS : QUELLE
ARTICULATION ?

Nous avons eu évidemment une série de questions sur le rôle des coordinatrices, qu'elles soient coordinatrices d'atelier santé ville, de contrat local de santé ou de conseil local en santé mentale. De fait, il y a un certain biais dans notre enquête, puisque nous avons interrogé des coordinatrices de dynamiques qui étaient préexistantes à l'arrivée d'une CPTS, avec des coordinatrices qui ont déjà une certaine expérience, une certaine expertise. Ce sont très souvent des CLS de deuxième génération et donc, des coordinatrices qui ont un diagnostic élaboré, prêt à être partagé, et une très bonne connaissance des acteurs et actrices de terrain et des besoins et ressources du territoire. C'est donc toute une matière à partager avec les professionnel·es de la CPTS. Le lien s'est régulièrement fait entre les deux démarches, CLS et CPTS. Mais on peut se demander où s'arrête cet accompagnement : jusqu'où le CLS doit accompagner les plans stratégiques d'organisation interne, par exemple. Est-ce que cela concerne la démarche de CLS ou de CLSM ? Et surtout, lorsqu'il n'y a pas de CPTS, quel doit être le rôle du contrat local de santé, dans son émergence ? Les coordinatrices doivent-elles apporter un accompagnement méthodologique ? Doivent-elles faire le lien avec les acteur·rices de terrain et impulser cette dynamique ?

La question de l'échelle territoriale de déploiement des CPTS et des ateliers santé ville, des CLS ou des CLSM est centrale également. On voit que de toute façon, du côté des CLS, cela fait partie des questions qui se posent. On observe, sur le terrain, de plus en plus, que les contrats locaux de santé ont tendance à s'élargir. Ainsi, des contrats locaux qui sont nés à l'échelle d'une commune passent à l'échelle de l'intercommunalité, voire de la métropole. Dès lors, est-ce que la CPTS doit se caler sur cette même échelle territoriale ? Y a-t-il une bonne échelle territoriale ? En tout cas, quels seraient les critères à identifier pour délimiter les contours et la bonne échelle pour chacune de ces démarches ?

La question du diagnostic et des objectifs des démarches territoriales par rapport aux CPTS est l'un des enjeux qui ont été signalés à plusieurs reprises, notamment concernant la question de la prévention et de la promotion de la santé. Est-ce que l'on parle bien des mêmes choses et comment peuvent s'articuler les attentes et les objectifs d'un CLS et d'une CPTS, par exemple, au regard de certains enjeux de prévention et de promotion ?

Autre sujet majeur, la question des moyens financiers, qui a même été le point d'alerte. Comme cela a été évoqué, les financements dédiés à l'ingénierie et à l'activité des démarches territoriales d'ASV, de CLS ou de CLSM, d'une part, et des CPTS, d'autre part, sont très différents. En gros, comme le disait Didier, on peut considérer que pour les CPTS, les moyens sont adaptés aux résultats attendus. C'est-à-dire que l'on a une enveloppe pour l'ingénierie qui couvre à peu près les besoins de coordination et que l'on a une enveloppe dédiée pour cette activité. C'est loin d'être le cas dans les dynamiques d'ASV, de CLS ou de CLSM, où, pour financer l'activité, les coordinatrices sont obligées d'identifier des appels à projets et d'y répondre, ce qui est très chronophage et les éloigne considérablement du terrain. Cela marque aussi une certaine insécurité par rapport aux financements ou en tout cas, des difficultés de visibilité des financements qui seront octroyés au fonctionnement de la dynamique. Pour le financement des postes de coordination les ARS apporte un cofinancement aux CLS, en général une enveloppe de 30 000 € ; alors que les CPTS obtiennent quasiment le double, sur financement de la CPAM. Cela interroge. En tout cas,



RETOUR SUR...

—

WEBINAIRE

—

DYNAMIQUE
TERRITORIALES DE SANTÉ
(CLS, ASV, CLSM) ET
CPTS : QUELLE
ARTICULATION ?

c'est l'un des éléments qui a soulevé une certaine inquiétude, que certain·es ont exprimée ainsi : est-ce que les CPTS vont prendre le pas sur les CLS, puisqu'elles, elles auront les moyens de se déployer pleinement quand nous, nous « galérons » et que bien souvent, nous sommes obligés de faire du partage de postes ? Il y a de plus en plus de coordinatrices de dynamiques territoriales CLS, ASV et CLSM qui partagent leur temps de travail sur plusieurs dispositifs.

Tels étaient les enjeux saillants qui sont ressortis de notre analyse.

Il y a évidemment des pistes qui ont déjà été avancées pour lever les freins à une bonne articulation et pour trouver la bonne complémentarité entre ces différentes dynamiques et démarches. La première est de renforcer la communication et la sensibilisation de tout le monde : des libéraux quant aux CPTS, des CPTS quant aux autres démarches territoriales de santé et, pour ce qui concerne les démarches territoriales de santé, les informations et la communication au sujet de l'état d'avancement des CPTS qui vont couvrir leur territoire.

Il est nécessaire de renforcer la coopération dès le préprojet des CPTS. Plusieurs témoignages allant dans ce sens nous seront livrés tout à l'heure. Il y a aussi des besoins en termes d'accompagnement et de formation des professionnel·es, notamment sur la coordination et la conduite de projet, qui sont des choses un peu nouvelles, notamment pour les professionnel·les libéraux. Il est également nécessaire de pérenniser et de distinguer les moyens dédiés au fonctionnement et à l'animation des démarches d'ASV, de CLS et de CLSM, et il faut aussi poursuivre l'échange et le croisement d'expériences, donc partager et repérer les « bonnes pratiques », avec quelques guillemets.

Je vais m'arrêter là. Je repasse la parole à Catherine pour lancer la table ronde. Merci.



RETOUR SUR...

—

WEBINAIRE

—

DYNAMIQUE
TERRITORIALES DE SANTÉ
(CLS, ASV, CLSM) ET
CPTS : QUELLE
ARTICULATION ?

TABLE-RONDE

**Dynamiques territoriales de santé CLS,
ASV, CLSM et CPTS : quelle articulation ?**



RETOUR SUR...

WEBINAIRE

DYNAMIQUE
TERRITORIALES DE SANTE
(CLS, ASV, CLSM) ET
CPTS : QUELLE
ARTICULATION ?

Catherine Bernard : Merci à toi, Lilia. Nous allons commencer cette table ronde en invitant nos cinq intervenant·es à se présenter très rapidement, en indiquant quelle est leur expérience autour des démarches territoriales de santé qui ont été citées et, en guise d'amuse-bouche, ce que leur évoquent les questionnements et les enjeux qui ont été présentés par Lilia à la suite de l'enquête menée par Fabrique Territoires Santé. Ensuite, nous entrerons dans le vif de la table ronde.

Je vous laisse la parole, Gwendal.

Gwendal Bars : Bonjour à toutes, bonjour à tous. Je travaille à la direction de la santé publique de l'ARS d'Île-de-France. Je suis responsable d'un département qui s'occupe particulièrement des dynamiques territoriales de santé. Dans mon service, nous coordonnons notamment la politique de l'agence en ce qui concerne les contrats locaux de santé et les CLSM. Je suis moi-même référent CLS à titre personnel au sein de mon service. En termes d'expérience autour des dynamiques territoriales de santé, j'occupe ce poste depuis environ deux ans. Auparavant, j'étais en animation territoriale dans une délégation départementale d'Île-de-France où j'étais référent CLSM et où j'ai également pu accompagner l'émergence de certaines CPTS en tout début de phase, puisque nous en étions encore au début de ces démarches-là en 2018, 2019.

Ce que m'évoque le retour sur l'enquête de la Fabrique Territoires Santé, c'est d'abord que cela me rassure parce que c'est à peu près la même chose que ce que nous disent les coordinateurs et les partenaires lorsque nous avons des échanges au niveau régional en Île-de-France. En termes de diagnostic, cela recoupe beaucoup ce que nous avons entendu lors de nos travaux de préparation de notre prochain projet régional de santé, par exemple. Cela pose tout de même un certain nombre de questions sur plusieurs aspects. Sur la question de la formation des coordinateur·rices de CPTS aux questions de coordination – d'autres en parleront beaucoup mieux que moi parce que je ne suis pas expert en la matière – et sur le positionnement des coordinateurs de CLS et surtout, des coordinatrices, je pense qu'il y a une crainte. La fragilité que peuvent ressentir de nombreux·euses coordinateur·rices en termes de légitimité s'ils ne sont pas suffisamment soutenus par leurs élu·es s'exprime aussi dans leur relationnel avec les CPTS, puisque les CPTS arrivent avec la légitimité des professionnel·es de santé, le soutien par des financements pérennes dans le cadre de l'accord conventionnel, etc. On peut donc se sentir un peu fragile quand on a un poste où l'on cumule deux casquettes, qui est financé sur le FIR, quand on court après les appels à projets et où les relations avec l'élu·e référent·e ne sont pas toujours fluides ni portées comme on l'aimerait. Cela dépend évidemment des territoires, mais moi, j'ai tout de même eu une traduction de cela. Il y a d'autres éléments de diagnostic qui existent depuis longtemps et dont la Fabrique a déjà beaucoup parlé. C'est un premier point.

Toujours sur la question des coordinateur·rices, je pense que c'est l'un des nœuds du sujet parce qu'en pratique, la relation entre le CLS et la CPTS dépend beaucoup de la capacité des deux instances de pilotage, le copil avec les élu·es et le conseil d'administration de la CPTS, d'avoir des échanges un peu structurés via leurs coordinateur·rices respectif·ves. En fin de compte, on a besoin de coordinateur·rices de CLS qui soient bien installé·es dans leur poste et soutenu·es pour pouvoir travailler correctement avec la CPTS. Cela, c'est ma conviction. Mais cela doit passer par de nombreux dispositifs, dont certains nous concernent,



RETOUR SUR...

—

WEBINAIRE

-

DYNAMIQUE
TERRITORIALES DE SANTÉ
(CLS, ASV, CLSM) ET
CPTS : QUELLE
ARTICULATION ?

à l'ARS. Mais je pense que c'est quelque chose qu'il faut vraiment poser comme un préalable. J'en suis convaincu, et nous l'avons vu lors de l'émergence de certaines CPTS : il peut y avoir, en plus, des CPTS qui se montent un peu contre la collectivité, dans certains territoires, en fonction du profil des professionnel·es qui en sont moteurs. Parfois, cela se fait main dans la main, parfois, les élu·es sont à l'initiative et parfois, il y a aussi un effet : « surtout pas les élu·es, surtout pas la ville ! Nous ne pouvons pas être sous tutelle de la commune, nous voulons rester libres », etc. Je pense que cela demande que chacun reconnaisse la légitimité de l'autre à contribuer sur le fond. Et cela décline tout le reste, derrière.

Nous reparlerons peut-être des questions spécifiques de financement plus tard, dans la table ronde. Je ne m'avance pas là-dessus.

Catherine Bernard : Oui, nous en reparlerons plus tard. Cela fait partie des questions que j'ai à vous poser.

Gwendal Bars : Voilà, globalement, le premier retour. En tout cas, c'est finalement très cohérent avec ce que l'on raconte sur le positionnement des coordinateur·es depuis que je m'intéresse au sujet. On retombe souvent sur des enjeux qui sont des enjeux assez permanents, en fin de compte.

Catherine Bernard : Je vous remercie, Gwendal. Je vais passer la parole à Carole.

Carole Bégou : Bonjour. Je suis coordinatrice du contrat local de santé en cours d'écriture de la ville d'Echrirolles, du contrat local de santé mentale, qui existe depuis 2019, et j'ai une expérience de coordination depuis 1998 sur ce territoire, puisque nous avons monté une équipe de projet, que l'on pourrait finalement percevoir comme une approche pionnière des CPTS. En effet, nous étions des acteur·rices de prévention dans ce domaine-là, avec une dynamique, à partir d'un diagnostic de santé, sur les projets que l'on peut mettre en place pour lutter contre les inégalités sociales de territoire en santé. Depuis que la CPTS est en place, je suis aussi dans le conseil d'administration de celle-ci. Cela montre que les articulations sont tout à fait possibles.

Dans ce que m'évoque le travail qui a été mené en termes d'enquête, je trouve déjà qu'avec le nombre de participant·es et les horizons différents de ceux-ci, on voit bien qu'aujourd'hui, on a réussi à décroiser le soin du social et de l'éducatif. C'est plutôt prometteur et c'est d'actualité. Mais je pense que pour faire face aux difficultés auxquelles les territoires sont de plus en plus confrontés en matière de santé, nous avons besoin de mieux travailler ensemble. Pour moi, c'est un gage d'efficacité. Ces articulations sont donc pour moi utiles et nécessaires. Mais elles restent fragiles parce que nous sommes dans un contexte plus global où finalement, les collectivités sont sous pression financière et ont moins de moyens à dédier. Tout le monde n'a pas forcément un service communal d'hygiène et de santé, qui est tout de même un espace et un mode d'intervention très pertinent, sur un territoire. Dans une phase de réorganisation des services publics, voire de régression du service public, il est vrai qu'il y a un certain nombre d'éléments qui nous questionnent aujourd'hui.

Je pense que nous discuterons davantage de manière concrète par la suite dans le cadre de la table ronde.



RETOUR SUR...

WEBINAIRE

-

DYNAMIQUE
TERRITORIALES DE SANTÉ
(CLS, ASV, CLSM) ET
CPTS : QUELLE
ARTICULATION ?

Catherine Bernard : Tout à fait. Merci, Carole. C'est au tour de Gilbert, maintenant, de prendre la parole.

Gilbert Hangard : Bonjour à tous. Je suis maire adjoint d'Albi et conseiller communautaire. Je fais partie de la commission permanente de la CRSA d'Occitanie et de sa commission « santé et prévention » et je siége à la Commission régionale de lutte contre les inégalités sociales et territoriales en santé d'Occitanie. Je suis également membre du CTS du Tarn et du DAC du Tarn. Par ailleurs, je suis président de l'association Élus, santé publique & territoires, qui est une association d'élus qui mène un plaidoyer pour la reconnaissance de la santé au niveau des collectivités locales.

Je trouve que l'enquête traite finalement des questions que nous nous posons, en tant qu'élus. Évidemment, parmi les pistes, il y aurait des choses à ajouter, mais je pense que c'est un peu l'objet de ce webinaire. Pour vous dire où j'en suis, j'ai été dans la santé pendant toute ma carrière. J'ai terminé comme directeur de l'hôpital psychiatrique d'Albi. Le maire d'Albi m'a demandé, en début de mandature, de mettre en place une politique de santé au niveau de la ville. Le hasard a fait qu'en même temps, j'ai pris la présidence d'ESPT. Ce que j'observe aujourd'hui, c'est d'abord que la santé n'est pas une préoccupation majeure des villes, que nous avons des difficultés, puisque nous venons de traverser et que nous traversons encore deux crises. Il y a eu la crise de la Covid-19, qui est à peu près réglée, et nous avons la crise de la démographie des professionnel·es de santé, qui mobilise beaucoup les collectivités locales, parce qu'elles sont à l'interface avec les citoyen·nes, qui sont en grande difficulté. Dès lors, il est compliqué de mettre en place une vraie politique de santé au sens de la définition de l'OMS.

Ce que je tiens à dire, c'est qu'aujourd'hui, il est important de sortir des silos. Je dis toujours qu'un·e élu·e à la santé est un·e élu·e qui travaille avec les autres. Dans toutes les politiques menées par mes collègues au sein du conseil municipal, il y a de la santé. Or manifestement, la santé n'a pas été une grande préoccupation. Pour vous donner un simple exemple, le PCAET, le « plan climat, air, énergie territorial », est un plan qui traite de l'économie d'énergie, etc., mais l'impact du réchauffement climatique sur la santé est quelque chose qui y a été très souvent mis de côté et non utilisé. Notre rôle est donc de promouvoir le « réflexe santé » partout.

Un·e élu·e à la santé, c'est aussi quelqu'un·e qui est très soucieux·euse des inégalités sociales et territoriales en santé. Lorsque j'ai parlé pour la première fois d'universalisme proportionné, on m'a demandé ce que cela voulait dire, ce qu'était ce terme barbare. Pourtant, avec les déterminants de la santé, ce sont deux concepts importants de la santé. Mais ils sont étrangers à la culture des élus.

Pour être clair, je pense qu'ASV, CLS, CPTS et CLSM sont des outils importants, que souvent, l'on confond, avec la crainte que l'un se substitue à l'autre. Il sera donc important de bien définir ce que fait l'un par rapport à l'autre. Personnellement, en tant qu'élu local, j'ai été à l'initiative de la mise en place de la CPTS, mais en aucun cas, je n'ai souhaité que la ville d'Albi soit membre de la CPTS. Nous avons des liens très étroits. Les coordinateurs se rencontrent toutes les semaines. Mais je pense que les élus locaux n'ont pas à intervenir dans les CPTS. Par contre, il faut vraiment travailler ensemble. Je développerai peut-être ce sujet ultérieurement.



RETOUR SUR...

WEBINAIRE

DYNAMIQUE
TERRITORIALES DE SANTÉ
(CLS, ASV, CLSM) ET
CPTS : QUELLE
ARTICULATION ?

Catherine Bernard : Tout à fait. Merci beaucoup, Gilbert. Je vais laisser la parole au docteur Moreul.

Jean-François Moreul : Bonjour et merci. Je suis effectivement médecin généraliste. J'exerce dans les Pays-de-la-Loire. Je me suis installé en 2005 et dès le départ, nous nous sommes interrogés sur le fait de travailler en équipe. En 2010, nous avons créé la maison de santé. Lorsque nous l'avons créée, je me suis dit : « tiens, j'ai un peu l'impression que je me mets du travail pour quatre ou cinq ans... » Et finalement, cette histoire de maison de santé ne s'est jamais arrêtée. Cela s'appelait « les soins coordonnés ». Et comme d'autres, à l'époque, j'ai découvert ce qu'étaient les soins coordonnés, alors que nous n'avons pas trop eu cet enseignement initialement, dans notre formation. C'est une vraie révolution. C'est vraiment le mot qu'il faut porter et sur lequel je voudrais apporter mon témoignage. Pour les professionnel·es de santé libéraux·ales, cette coordination des soins, ces soins coordonnés, sont une révolution et certain·es ne l'ont pas encore vécue. On l'a vu notamment avec les négociations conventionnelles, où la convention ne s'est pas bien passée. Nous avons eu une vraie déchirure au sein de la communauté libérale des médecins entre les médecins engagé·es dans la coordination – nous sommes à peu près 20 à 25 % de médecins généralistes engagé·es dans la coordination et c'est à peu près la même proportion pour les paramédicaux·ales – et celles et ceux qui ne sont pas encore engagé·es dans cette coordination.

Ce que je veux dire par là, c'est qu'effectivement, les CPTS peuvent faire peur. On nous voit arriver avec de gros moyens donnés par notre accord conventionnel. Effectivement, nous sommes bien au-delà de deux fois le budget d'un CLS. Mais d'un autre côté, c'est très jeune. La jeunesse, c'est bien parce que l'on peut travailler avec les jeunes et éventuellement, les faire évoluer dans un sens. Mais la jeunesse, c'est aussi tout feu, tout flamme, c'est un désir de puissance, dans une certaine mesure, et il faut faire attention : on s'adresse à des médecins. Or les médecins et la puissance, c'est quelque chose... Vous connaissez la différence entre Dieu et un médecin ? Dieu sait qu'il n'est pas médecin... Nous commençons peut-être un peu cette erreur de jeunesse de vouloir prendre le lead et très vite, nous nous rendons compte, dans la vraie vie, qu'il faut que ce soit un leadership partagé, et partagé notamment avec les autres acteurs et actrices en santé engagé·es sur le territoire, dont les contrats locaux de santé, les contrats locaux de santé mentale, les dispositifs d'appui à la coordination et toutes ces structures de coordination de santé communautaire avec lesquels nous travaillons. Mais je vais vous dire : on ne sait pas ce que c'est. Parmi les 25 % des professionnel·es de santé engagé·es dans les soins coordonnés, seuls 10 % savent de quoi l'on parle. Vous imaginez, sur l'ensemble des professionnel·es de santé, l'acculturation qu'il faut leur apporter... N'ayez pas peur, comme l'aurait dit le pape François quand il est arrivé à son mandat, n'ayez pas peur des professionnel·es en CPTS parce qu'effectivement, ils ont aussi besoin de vous.

Et pour parler des silos, effectivement, le risque, lorsque l'on arrive, est de vouloir tout faire à la place de tout le monde et de créer un nouveau silo. Or c'est l'inverse qu'il faut faire. Il faut chercher à travailler de concert. Nous aborderons très certainement la façon de travailler ensemble. Personnellement, j'ai vécu la création de la CPTS en 2018, 2019, en même temps que la création du contrat local de santé. Nous avons donc partagé le diagnostic, nous avons partagé les



RETOUR SUR...

WEBINAIRE

-

DYNAMIQUE
TERRITORIALES DE SANTÉ
(CLS, ASV, CLSM) ET
CPTS : QUELLE
ARTICULATION ?

fiches actions, nous avons partagé les projets et effectivement, nous sommes co-porteurs. Nous sommes impliqués les uns et les autres dans nos projets.

La dernière chose que je voulais vous dire, c'est que dans ma CPTS, nous avons plusieurs collèges. Nous avons un collège des usager·ères, nous avons un collège des élu·es... Chez nous, des élus sont membres du conseil d'administration, et membres avec voix décisionnaire au sein du conseil d'administration de la CPTS, de même que les établissements médico-sociaux, les établissements de santé et des usagers. C'est donc très ouvert. Nous nous sommes encore posé la question, hier soir, d'ouvrir encore un peu plus nos statuts, mais nous allons prendre notre temps pour le faire.

Catherine Bernard : Merci beaucoup, Docteur Moreul, pour ces références théologiques. Il est intéressant que vous mentionniez le collège des usagers. J'espère que nous aurons l'occasion d'en reparler plus tard, mais c'est vrai que la place des habitant·es, patient·es, usager·ères - les dénominations sont différentes -, est intéressante à évoquer. J'espère que nous aurons le temps de le faire.

Pour terminer ce round de présentation, je vais laisser la parole à Catherine Vigoureux.

Catherine Vigoureux : Merci. Bonjour. Aujourd'hui, je suis coordinatrice de la CPTS du Pays de Lunel. C'est la première CPTS d'Occitanie à avoir conventionné. Précédemment, j'étais coordinatrice du contrat local de santé de la ville de Nîmes, qui était porté par la ville et accueilli au sein de la direction de la santé et de l'hygiène de la ville de Nîmes avec le docteur Jacquet, que certains connaissent peut-être. Je me suis rendu compte que le métier de coordinatrice du CLS et de coordinatrice de la CPTS était un peu le même métier et que la différence, c'était qu'on ne l'exerçait pas auprès des mêmes acteurs. En tant que coordinatrice du CLS de Nîmes, j'ai accompagné l'émergence de la CPTS, mais l'essentiel de mes missions était vraiment de promouvoir, de sensibiliser, d'accompagner les élus, d'accompagner en interne les équipes techniques par rapport à tous les enjeux de santé et d'identifier les leviers qui étaient vraiment en interne à la ville et plus largement, en interne aux collectivités territoriales. En effet, nous avons travaillé avec la politique de la ville, nous avons travaillé avec le département, nous avons travaillé également sur un diagnostic, mais vraiment en direction des collectivités territoriales, des élus et des politiques publiques locales. Quand je suis arrivée à la CPTS de Lunel, j'ai d'abord constaté que Lunel était un territoire qui concentrait beaucoup de précarité. Le taux de pauvreté de 23 %, ce qui est supérieur à celui de l'Hérault. Le travail consistait à mobiliser, former, sensibiliser les professionnel·es de santé libéraux, puisque les CPTS sont des projets associatifs portés par des libéraux. Les enjeux de promotion de la santé étaient les mêmes, mais il s'agissait de les mobiliser et de les faire travailler ensemble. Aujourd'hui, à la CPTS du Pays de Lunel, nous trouvons que ce serait vraiment une très bonne chose qu'un CLS soit créé justement pour travailler ensemble, chacun avec nos enjeux, à une articulation entre les deux. Il s'agit de trouver comment mobiliser les élu·es, comment mobiliser des leviers des politiques publiques territoriales et locales et, pour nous, de trouver le moyen de travailler avec les élu·es et les institutions sur l'accès aux soins. En effet, l'accès aux soins est l'un des enjeux de la promotion de la santé et de l'accès à la santé, mais cela ne définit pas complètement l'accès à la santé.



RETOUR SUR...

WEBINAIRE

DYNAMIQUE
TERRITORIALES DE SANTÉ
(CLS, ASV, CLSM) ET
CPTS : QUELLE
ARTICULATION ?

Aujourd'hui, je suis là pour en témoigner et faire un retour d'expérience. En tant que coordinatrice de CLS, je confirme tout ce qui a été dit dans le retour du diagnostic. Il y a en effet une problématique d'identification des missions, d'interconnaissance entre les dispositifs, ce qui passe par de la discussion, par de la rencontre autour de projets concrets, par de l'information et de la sensibilisation et par la définition de qui fait quoi pour qu'en effet, nous ne soyons pas dans un millefeuille mais dans une articulation. Je pense que dans toutes les CPTS, aujourd'hui, on n'est pas forcément formé à aller vers les populations. Ce n'est pas si simple puisqu'en effet, lorsque l'on travaille sur l'accès aux soins et le parcours de soins, la problématique d'aller vers les populations, la problématique d'aménagement du territoire sont des leviers que nous n'avons pas forcément intégrés de manière légitime et intrinsèque au sein de nos organisations. C'est à cet égard qu'il serait intéressant de travailler avec le CLS. Mais je ne vais pas développer davantage le sujet.

Catherine Bernard : Vous aurez l'occasion d'en parler un peu plus longuement dans quelques minutes. Merci à vous cinq pour votre présentation. Vous avez tous et toutes bien respecté le timing.

Nous sommes déjà entrés dans le vif du sujet. Pour poursuivre, dans l'enquête et dans les entretiens préparatoires que nous avons pu avoir tous ensemble pour préparer ce webinaire, nous avons formulé une hypothèse, à laquelle nous nous risquons : dans les territoires où il y a des CLS, des ASV, des CLSM qui sont préexistants et où il y a des CPTS, ces dernières gagnent à collaborer dès leur mise en place à la fois en termes de diagnostic territorial, en termes de mise en réseau des acteur·rices et notamment, des acteur·rices hors du soin. En fait, nous nous demandons si une CPTS n'a pas besoin d'un CLS, d'une démarche territoriale de santé pour bien se mettre en place, pour bien se construire et bien travailler dans son territoire.

Carole, de ton côté, tu as contribué à la mise en place d'une CPTS à Échirolles – Pont-de-Claix. Est-ce que tu confirmes cette hypothèse ? Comment peux-tu décrire, qualifier ton intervention aux côtés des professionnel·es de santé engagé·es dans la construction d'une CPTS ? Tu as évoqué la complémentarité entre les deux dispositifs pour une approche systémique globale de la santé. « Systémique, globale... » Nous sommes vraiment dans la redondance. Est-ce que tu peux l'illustrer ?

Carole Bégou : C'est vrai que quand la CPTS a été en émergence, dans le cadre du contrat local de santé, où nous avons trois axes, dont celui de l'accès à la santé, l'objectif était de favoriser et de créer les conditions de l'émergence de cette CPTS, puisque nous avions une pénurie de médecins qui s'annonçait. Par conséquent, le travail a évidemment consisté à mettre à disposition tous les éléments de diagnostic dont nous disposions. Il en existe : souvent, les CPAM mettent en place des outils. Par exemple, elle a mis en place un outil qui s'appelle Rézone, qui donne quelques indicateurs de santé via l'approche de la CPAM. Mais nous-mêmes, nous travaillons aussi avec l'ORS, l'observatoire régional de santé, par lequel nous avons accès à un certain nombre de données sanitaires. Et les CCAS, dans les communes, réalisent des analyses des besoins sociaux – c'est une obligation – avec des capacités de travail à certaines échelles qui peuvent être des quartiers, par exemple. Cela donne une grille de lecture très pertinente pour



RETOUR SUR...

WEBINAIRE

DYNAMIQUE
TERRITORIALES DE SANTÉ
(CLS, ASV, CLSM) ET
CPTS : QUELLE
ARTICULATION ?

amorcer la réflexion sur ce que vont être les priorités, sur les secteurs auxquels nous devons nous attacher, etc. Les contrats locaux de santé ou les CLSM, mais aussi les ASV, antérieurement, ont une pratique de réseau plus ancienne sur le territoire qui est le leur. Ils ont des habitudes de travail avec le département, avec les associations, que ce soient des associations d'usager·ères ou des associations dans le domaine des solidarités, et ont déjà travaillé avec certains acteur·rices de santé, puisque sur le territoire, nous avons un centre de santé mutualiste et un centre de santé communautaire. Ces habitudes de travail sont très utiles et donnent aussi une force importante.

Nous avons également, dans le CLS et le CLSM, qui sont antérieurs, des espaces d'interconnaissance qui existaient déjà sous forme de « midi à deux », où les structures viennent se présenter. Nous sommes dans un contexte où le soin évolue très vite. Donc lorsque les dispositifs ont la possibilité de venir se présenter, c'est très utile. Aujourd'hui, par exemple, lorsque nous organisons des « midi à deux », nous avons quasiment un tiers des professionnel·es de santé du territoire qui, via la CPTS, viennent participer à ces temps d'interconnaissance, et les deux tiers du monde associatif, éducatif, solidaire, social... C'est très intéressant parce que ces acteur·rices ont la chance de se rencontrer alors qu'ils ne se rencontraient pas jusqu'à présent. Les « midi à deux » sont tout à fait favorables à cela.

La formation fait également partie des choses importantes. Du côté de la CPTS, il y a tout un projet de formation sur l'obésité, par exemple. Nous, nous avons travaillé sur l'information au sujet de la mise en place d'une formation sur la prévention du suicide. Je pense aussi à la gestion de crise ou à tout ce qui relève de l'évaluation ou de l'orientation. C'est un dispositif national et par conséquent, les acteur·rices de santé peuvent tout à fait trouver leur place. En tout cas, s'ils le souhaitent, ils le peuvent. Dans le champ de la prévention des violences intrafamiliales également, nous avons la capacité de proposer des formations qui peuvent être partagées.

En matière d'accompagnement de projets, en méthodologie de projet, en pratiques de transversalité, comme le disait Catherine au sujet de la CPTS de Lunel, nous travaillons beaucoup la transversalité dans nos services, au sein d'une collectivité ou entre deux collectivités, puisque pour ma part, je suis à cheval sur deux collectivités. Ces expériences sont intéressantes. Et en matière d'éducation à la santé, avec les habitudes de travail que nous pouvons avoir avec les IREPS ou le Codes, selon les territoires, ce sont aussi des outils que nous pouvons mettre à disposition des CPTS.

Voilà pour ce qui a trait à ce que nous avons pu apporter.

S'agissant de la complémentarité, pour moi, tout est important. Ce sont des dynamiques qui ont le pouvoir de potentialiser leurs forces si elles le souhaitent. Elles ont tout à y gagner, d'autant plus si le territoire concentre de la complexité. Et effectivement, sur nos territoires, nous avons une part importante de population en précarité et nous avons une pénurie de médecins traitants puisqu'aujourd'hui, nous nous retrouvons à peu près avec 12 000 patient·es sans médecin traitant. C'est considérable. Nous avons une population très âgée et nous avons aussi une population très jeune, avec également de la précarité. En outre, notre commune est celle de l'agglomération grenobloise où il y a le plus de maladies chroniques. Nous n'avons donc finalement pas d'autre choix que de



RETOUR SUR...

WEBINAIRE

DYNAMIQUE
TERRITORIALES DE SANTÉ
(CLS, ASV, CLSM) ET
CPTS : QUELLE
ARTICULATION ?

travailler ensemble. Heureusement, nous en avons envie. Mais en tout cas, il y a un facteur limitant, qui est que les capacités de l'offre de soins sont aujourd'hui de plus en plus en difficulté. Il faut donc trouver des outils pour travailler ensemble. Nous avons par exemple décidé de suivre régulièrement le nombre de médecins traitants, de l'objectiver, d'évaluer les patientèles que cela représente, parce que nous savons très bien que les médecins qui partent ont souvent des patientèles bien supérieures à celles des médecins qui arrivent. Nous avons des fiches de saisine, nous avons une cartographie... Les CPTS nous ont indiqué qu'elles souhaitaient savoir dans quels secteurs des logements allaient se créer, parce que cela peut être des espaces que l'on peut promouvoir, dans le cadre de l'attractivité du territoire, comme étant des zones d'installation de maisons de santé ou autres. On voit bien que c'est essentiel.

Pour ce qui concerne les parcours pluridisciplinaires, tout dépend de la représentation que l'on s'en fait. Nous y avons vu un intérêt à travailler ensemble parce que quand les soins ne sont pas en capacité d'absorber la demande - notamment dans des dispositifs qui nécessitent des médecins coordinateur·rices - il va falloir imaginer comment, en amont, on contient l'accès aux soins, comment l'on essaie d'éviter des pertes de chance pour ces patient·es-là. Un lieu d'écoute avec des psychologues, des médiatrices de santé qui font un travail d'éducation à la santé, cela contribue à contenir. Ce n'est pas la solution miracle mais nous avons pu voir, sur certains parcours, que c'était très complémentaire.

Au sujet de la complémentarité par rapport à la complexité, comme vous l'avez évoqué, les collectivités ont l'opportunité d'être en première ligne de tout public et notamment, des publics qui recourent aux soins très tardivement. Nous sommes de bons outils pour lutter contre le recours tardif aux soins parce que l'on sait très bien qu'ensuite, cela se répercute sur les urgences, qui sont déjà embolisées. Et évidemment, cela a un impact financier considérable, sans compter que cela a aussi un impact sur le parcours de vie de la personne. Le fait de pouvoir être à ces places de repérage, d'évaluation, d'orientation, est essentiel.

Sur la psychiatrie également, nous avons fait valoir la nécessité de créer du partenariat avec un CLSM parce que nous avons la capacité de travailler dans le social, dans l'éducatif et ce sont des interventions qui sont très utiles pour la psychiatrie. La psychiatrie était contente, finalement, que nous puissions prolonger le travail du·de la soignant·es à l'échelle de la vie quotidienne. La plateforme a également pu démontrer, dans des situations importantes, que l'institution constituait symboliquement un cadre contenant pour des personnes afin qu'elles puissent vivre comme tout le monde dans la cité.

La capacité de mobiliser le·la citoyen·ne me semble aussi une autre complémentarité. Cela a d'ailleurs été une demande de la CPTS naissante. Effectivement, nous avons de longue date l'habitude de travailler sur la participation des habitant·es. Si nous voulons évoluer vers de la santé communautaire, vers de la démocratie en santé, d'autant plus lorsque l'on a une pénurie de professionnel·es de santé, je pense que c'est un facteur important. Dans le CLS, nous allons avoir ce que nous appelons la « fabrique citoyenne ». Nous aurons toute une dynamique qui va travailler plus largement sur ces questions, et pas uniquement avec des patient·es pairs.



RETOUR SUR...

—

WEBINAIRE

—

DYNAMIQUE
TERRITORIALES DE SANTÉ
(CLS, ASV, CLSM) ET
CPTS : QUELLE
ARTICULATION ?

La crise sanitaire a aussi montré que les communes avaient des plans communaux de sauvegarde, qu'elles avaient des capacités à travailler avec des populations vulnérables. Elles ont aussi tout un réseau solitaire. Cela, c'est en articulation avec une CPTS qui a une gestion de crise à mener et qui est plutôt en lien avec l'hôpital et l'ARS. Quand on a besoin de monter un centre de vaccination pour une vaccination de masse, comme on a pu le voir pendant la crise du Covid, ou des centres de dépistage, il y a tout intérêt à travailler ensemble.

Pour ce qui concerne la promotion de la santé, cela a été dit aussi tout à l'heure : la promotion de la santé, c'est bien plus large que la prévention qui peut être proposée dans les ACI et les CPTS et pour autant, elles sont complémentaires dans le sens où lorsque l'on veut travailler sur des freins du quotidien, sur l'amélioration de l'état de santé de patient·es qui sont diabétiques, on peut voir combien les outils dont disposent les collectivités peuvent être très opérants et dès lors, poursuivre le travail qui peut être mis en place dans des parcours pluridisciplinaires et même aussi du côté de l'éducation thérapeutique du· de la patient·e. Nous pouvons vraiment apporter une complémentarité. S'il y a des questions à ce sujet-là, je pourrai revenir dessus tout à l'heure.

Didier Febvrel : Quelqu'un pose la question de l'articulation avec les DAC, les dispositifs d'appui à la coordination.

Catherine Bernard : Ce sont les anciennes PTA.

Didier Febvrel : Peux-tu en dire un mot ? Cela intéressa également tout le monde.

Carole Bégou : C'est la même chose. Lorsque nous avons construit la CPTS, dans l'accompagnement méthodologique, par exemple sur les parcours pluridisciplinaires, typiquement, le DAC faisait partie du groupe de travail, au même titre que j'en faisais moi-même partie et au même titre que d'autres acteurs en faisaient partie. L'idée était de penser cette complémentarité. Je pourrais dire, de manière résumée et symbolique, que le DAC se situe beaucoup dans une coordination soignante, en venant en appui de la coordination locale en ambulatoire. La coordination du CLSM, par exemple sur le parcours de psychiatrie, est venue dans une coordination du registre du social, de l'inclusion des personnes dans la cité – je pense là à la santé mentale. Là, nous avons pu voir, par exemple au sujet de situations d'incurie, l'intérêt de travailler ensemble : DAC, coordination CLSM et professionnel·es de santé, par exemple.

Catherine Bernard : Les autres intervenant·es pourront aussi compléter ou donner leur expérience d'articulation avec les DAC et les établissements de santé.

Merci, Carole, pour ton intervention. J'ai trouvé très intéressant de voir à quel point le CLS et le CLSM s'articulent aussi dans des champs qui pourraient être très exclusifs des CPTS : l'offre de soins, l'accès au médecin traitant, l'organisation des parcours des personnes malades. Il ne s'agit pas uniquement de prévention et de promotion de la santé.

Je vais maintenant passer la parole à Catherine Vigoureux. Pouvez-vous, vous aussi, nous raconter comment vous êtes arrivés, dans votre CPTS, à vouloir la mise en place d'un contrat local de santé en complémentarité de vos interventions ? C'est ce que vous mentionnez dans votre présentation : la CPTS veut un CLS.



RETOUR SUR...

WEBINAIRE

DYNAMIQUE
TERRITORIALES DE SANTÉ
(CLS, ASV, CLSM) ET
CPTS : QUELLE
ARTICULATION ?

C'est aussi de nature à rassurer les coordinateur·rices des CLS. Y a-t-il des champs où la CPTS ne peut pas aller et où le CLS, dès lors, va s'imposer, ou se proposer ?

Catherine Vigoureux : Je vais commencer par la deuxième question. En réalité, tout le monde peut tout faire, mais se posent ensuite une question de légitimité, une question de temps et une question de culture professionnelle. La CPTS de Lunel, lorsque nous avons écrit le projet de santé, lorsque nous avons travaillé nos indicateurs, il s'agissait d'indicateurs qui portaient sur l'accès aux soins, comme l'accès à un médecin traitant ou, sur le dépistage, le taux de personnes dépistées. Je ne vais pas passer en revue tous nos indicateurs mais en effet, ils étaient vraiment centrés sur l'accès aux soins. Assez rapidement, nous nous sommes dit que nous allions mobiliser les soignant·es, que nous pourrions faire de formidables projets de dépistage, que nous aurions des sages-femmes, des médecins, des pharmacien·nes. Mais nous nous sommes demandé comment nous allions parler aux gens, aux habitant·es, où nous nous placerions pour le faire, parce que si nous restions dans nos établissements de santé, nous ne toucherions que des patient·es qui sont déjà pris en charge par les médecins ou par les professionnel·es existant·es. Nous avons donc décidé d'aller rencontrer les acteur·rices du social, les élu·es, le département, parce que si l'on parle de lutte contre les inégalités d'accès aux soins, ce sont les acteur·rices que l'on doit rencontrer. La complexité, c'est que nous sommes allés rencontrer des élu·es qui ne savaient absolument pas de quoi nous pouvions leur parler. Ils·elles ne savaient absolument pas ce qu'ils pouvaient faire, et je crois que c'était la principale difficulté. Ils·elles nous disaient : « mais la santé, ce n'est pas nous ! » C'était en plus au moment de l'émergence des CPTS. Ils·elles nous ont regardés en ayant l'air de dire que ce que nous faisons, c'était bien, mais qu'ils·elles ne voyaient pas quelles articulations étaient possibles. Inversement, lorsque nous parlons aux soignant·es de précarité, d'accès aux droits, de situations complexes, assez rapidement, ils·elles se disent qu'ils·elles ne savent pas comment procéder. C'est aussi une question de formation. Dans la formation des médecins et des professionnel·es de santé, il n'y a pas forcément cette notion de complexité, de précarité. Nous avons donc estimé qu'il nous fallait travailler rapidement sur la rencontre de tous ces acteur·rices pour essayer de voir quelles étaient les points d'accroche, ce que chacun allait pouvoir faire, avec l'idée de travailler sur la notion de parcours en santé, le parcours de soins relevant de la CPTS et des soignant·es, et sur le parcours relatif à la promotion de la santé, aux aménagements favorables à la santé, à l'alimentation, l'éducation, donc tout ce qui est de l'ordre de la qualité de vie et des déterminants de santé.

Une fois que nous nous sommes dit cela, nous avons pris notre petit bâton de pèlerin et nous sommes allés voir tous les acteur·rices. Certains étaient très volontaires. C'étaient plutôt des acteur·rice·es de terrain, d'ailleurs. Quelques élus se sont également senti·es concerné·es, mais parce qu'il y avait des médecins qui partaient à la retraite et qu'ils·elles proposaient de travailler avec nous sur l'accès à des locaux adaptés, par exemple. C'était vraiment très pragmatique comme dimension. Moi qui venais du CLS de Nîmes, je me suis dit que sur un territoire comme celui de Lunel, il nous fallait un outil d'articulation des politiques publiques permettant de faire ce diagnostic, d'identifier les leviers et les freins et avec lequel nous pourrions travailler, justement, sur cette continuité entre l'offre de soins et tout ce qui a trait à la qualité de vie des populations, à la politique



RETOUR SUR...

WEBINAIRE

DYNAMIQUE
TERRITORIALES DE SANTÉ
(CLS, ASV, CLSM) ET
CPTS : QUELLE
ARTICULATION ?

publique de santé... Vous parliez de la gestion de la crise sanitaire et en effet, aujourd'hui, nous pouvons travailler sur des protocoles, des procédures d'accès aux soins, mais si nous n'avons pas un lieu où nous réunir, si nous ne sommes pas au courant des plans communaux de sauvegarde, cela se passera comme pour le Covid, où chacun avait un petit bout de la réponse et où les populations étaient complètement perdues au milieu de tout cela.

Nous sommes allés voir la politique de la ville et le préfet, nous avons rencontré des élu·es, toujours avec cette volonté de dire que nous, nous pouvions travailler avec eux·elles sur l'accès aux soins, sur l'amélioration des parcours, sur les événements indésirables – j'ai vu dans le commentaire que c'était signifié au titre de l'organisation et la coordination des professionnel·es de santé et autour des parcours de santé –, mais qu'eux·elles devaient nous aider à aller vers les populations et vers les élu·es, sans quoi nous n'y arriverions pas. Et surtout, cela ne figure pas dans nos indicateurs, comme je vous l'ai dit. Aujourd'hui, nous en sommes là. Nous avons des élu·es de la communauté de communes qui sont partant·es pour monter un CLS à l'échelle intercommunale. Nous avons des freins au niveau de la ville de Lunel, qui est tout de même la ville la plus importante de notre territoire. C'est un peu en train d'évoluer puisque nous montons actuellement une permanence médicale de garde en partenariat avec la collectivité. Mais cela fait tout de même trois ans que nous essayons de travailler avec la commune de Lunel. Ce que nous disons aux élu·es, c'est que si, autour de ce projet, il y avait eu un CLS, cela aurait pu être beaucoup plus efficace, beaucoup plus efficient, parce que les élu·es auraient pu tout de suite comprendre et identifier quelles étaient leurs ressources pour travailler cette question de l'accès à la santé et que nous, derrière, nous avions les professionnel·es de santé et de soins qui, justement, pouvaient répondre aux besoins des populations. Nous en sommes là. Une discussion est également en cours pour créer un poste de médiateur·rice de santé. Et puisque vous parliez des ateliers santé ville, cela dépendra de la volonté politique. Les élu·es sont-ils conscient·es de l'intérêt d'un contrat local de santé ? Parce que nous, nous sommes vraiment très motivés et très en attente de ces articulations-là. Voilà pour l'historique.

Je cite rapidement un autre exemple. Nous avons mis en place des groupes de travail « santé des femmes », « santé mentale », « rupture de soins », « repérage de la fragilité chez la personne âgée », qui réunissent des acteur·rices sociaux, médico-sociaux et sanitaires. Au début, nous pensions que tout le monde serait représenté et que nous pourrions parler d'enjeux communs. C'était très utile en termes de rencontre des cultures professionnelles, de compréhension des acronymes, également, parce que nous constatons que nous avons des acronymes qui sont les mêmes mais qui ne veulent pas dire la même chose. Mais nous nous sommes aussi assez rapidement rendu compte que ce n'était pas la culture professionnelle des libéraux et que parfois, cela allait à l'encontre de l'efficacité des projets de soins. Sur la santé des femmes, par exemple, lorsque nous avons travaillé avec la gynécologue, les sages-femmes, la radiologue, les personnes du social ne comprenaient pas exactement quels étaient les enjeux et ce qui était en train de se dire, et a contrario, les professionnel·es libéraux disaient qu'ils·elles avaient peut-être aussi besoin d'un temps spécifique entre eux·lles pour discuter. À ce moment-là, je me suis posé la question. Je me disais que nous voulions tout faire et que nous n'étions pas efficaces parce que l'on ne parle pas de la même



RETOUR SUR...

WEBINAIRE

DYNAMIQUE
TERRITORIALES DE SANTÉ
(CLS, ASV, CLSM) ET
CPTS : QUELLE
ARTICULATION ?

manière aux libéraux, même si l'on est en train de travailler sur des cultures professionnelles. En réalité, ce ne sont pas les mêmes enjeux, ce n'est pas le même travail, ce n'est pas la même formation. De ce fait, il y a besoin de temps différenciés, qui sont aussi relatifs à nos organisations et à nos objectifs, entre CLS et CPTS.

S'agissant de la légitimité de la CPTS par rapport aux élu·es, je ne suis pas convaincue que les CPTS, justement, doivent avoir cette place politique dans le travail avec les élu·es. C'est mon avis, mais je pense que cela risque de brouiller un peu les cartes et les places de chacun·e.

Didier Febvrel : La question suivante a été posée dans le chat : s'il y a un manque de volonté de la CPTS de s'articuler avec le CLS et les autres dynamiques, est-ce que vous avez des éléments de réponse à cela ?

Catherine Vigoureux : Lorsque nous en avons parlé avec l'assurance-maladie, la CPAM, ils étaient très en demande de création d'un CLS sur notre territoire. Il y a de plus en plus d'indicateurs, dans les CPTS, où il est préconisé de travailler avec les acteur·rices sociaux. Je ne sais pas si le CLS est mentionné. En tout cas, pour nous, préfigurer un CLS fait partie de nos indicateurs. Mais je pense que c'est aussi aux CPAM et aux ARS de pouvoir le travailler avec les CPTS en redonnant sa place au CLS et en disant : voilà comment vous pouvez aussi travailler ensemble. Mais je crois qu'aujourd'hui, si une CPTS ne veut pas travailler avec un CLS, c'est peut-être parce qu'ils n'ont pas nécessairement la vision de ce qu'est un CLS, de ses missions et de ce qu'il peut apporter.

Catherine Bernard : Merci, Catherine. Je retiens, dans ce que vous dites, le besoin d'avoir des espaces différenciés et des temps différenciés pour chaque type de professionnel·es et d'interventions. Je rebondis sur ce sujet pour donner la parole au docteur Moreul. Est-ce que pour vous, CPTS et CLS, c'est une complémentarité ou une concurrence ? Est-ce que, de votre point de vue de soignant et de médecin « presque Dieu », la collaboration va de soi ? Est-ce que cela ne travaille pas en silo ?

Jean-François Moreul : En fait, si l'on n'y prend pas garde, si, cela va travailler en silo. C'est aussi un peu le propos de Catherine. J'évoquais tout à l'heure cette révolution que nous sommes en train de vivre et ce besoin d'acculturation des professionnel·es de santé libéraux. Ce n'est pas du tout notre ADN. Nous avons très peu de santé publique dans notre formation initiale. Mon épouse, avec qui j'ai été étudiant en médecine, se moquait de moi parce que je n'allais pas au cours de santé publique et maintenant, elle se moque de moi parce que je ne fais plus que cela. Nous sommes peu nombreux à avoir cette sensibilité-là, à accepter aussi de prendre cette responsabilité de santé communautaire et à avoir conscience que la partie des soins, comme le disait Catherine, est une petite partie de la santé. Je ne sais pas si vous connaissez l'exposome, mais ce qui influence la santé des gens, à 15 %, c'est le soin. Cela veut dire que tout le reste, ce n'est pas le soin. Ce n'est pas nous. Mais pour autant, 15 %, ce n'est pas rien. Nous devons donc y être. Nous sommes attendus. Et il faut que nous soyons organisés. Je parle beaucoup des libéraux mais initialement, les CPTS ont été organisées et montées principalement par des libéraux. Les libéraux constituent une partie importante, nécessaire – je ne vais pas dire indispensable –, mais pas suffisante. Lorsque nous



RETOUR SUR...

WEBINAIRE

DYNAMIQUE
TERRITORIALES DE SANTÉ
(CLS, ASV, CLSM) ET
CPTS : QUELLE
ARTICULATION ?

prenons conscience de cela et que nous acceptons de mettre notre ego de côté, nous acceptons de jouer notre partie collective avec les autres acteur·rices du territoire. Mais en attendant, on nous met ensemble de temps en temps. C'est la tutelle, l'ARS qui anime le territoire et la CPAM qui nous donne les moyens, mais qui nous mettent aussi parfois en compétition avec cet acteur. Cela, c'est embêtant. Je lisais, dans le fil de discussion, les définitions de CPTS et de CLS, et c'est la même chose pour le DAC : on y retrouve des missions communes. Par conséquent, ne serait-ce que dans la définition, nous sommes en compétition, ou plutôt, en « coopétition ». Parce qu'initialement, c'est un peu flou et que dans la vraie vie, il faut que nous réussissions à travailler ensemble et à sortir de cette idée de compétition. Et lorsqu'en outre, on voit que les uns ont des moyens et que les autres en ont moins, c'est un peu compliqué parce que les gens peuvent mal prendre les choses.

Il y a un autre acteur qui doit aussi prendre conscience et qui prend conscience de sa position, de sa place importante mais qui, de temps en temps, est également dans une action politique : c'est le politique, justement. Sur notre territoire de CPTS, nous couvrons deux communautés de communes. L'une a pris la compétence en matière de santé et a créé un CIAS, un centre intercommunal d'action sociale. L'autre ne l'a pas fait. Dès lors, que se passe-t-il ? Il se passe que dans notre conseil d'administration, nous avons un représentant du CIAS de cette communauté de communes, et nous travaillons très bien de ce côté-là, et que de l'autre côté, nous devons nous adresser à chaque commune individuellement. Ces dernières, en outre, se font un peu concurrence, pour être honnête, et il est plus compliqué de travailler avec ces élu·es. Monsieur Hangard va peut-être réagir à mes propos. Je l'espère. Mais c'est vrai qu'il y a aussi un besoin d'acculturation du côté des élu·es sur leur place dans la politique d'aménagement du territoire, dans l'accès aux soins mais dans le sens immobilier, dans le sens de l'accessibilité, de la mobilité, dimensions auxquelles nous ne touchons pas du tout, dans une CPTS. Nous, nous parlons d'accès aux soins mais plutôt dans l'approche où il s'agit de trouver comment faire venir des médecins sur le territoire. Ce soir, par exemple, nous privatisons le premier étage d'un bar, à Angers, pour faire venir des internes et leur présenter notre magnifique CPTS et les endroits où ils peuvent venir s'installer. Nous n'avons pas invité les élu·es, surtout pas, mais en même temps, ils·elles sont au courant. Vous le voyez, nous avons une complémentarité. Nous devons travailler ensemble, nous devons sortir de cette compétition dans laquelle nous voudrions nous mettre un peu spontanément, parce que c'est dans la nature humaine. Pour ma part, j'ai vécu les deux sur le territoire, d'abord dans un CLS initial avec une coordinatrice qui était peu soutenue, au départ, par ses élu·es, et qui venait monter des dispositifs en même temps que nous, nous montions le dispositif de santé mentale, notamment. Nous avions des soirées à quinze jours d'intervalle sur le même sujet, en invitant quasiment les mêmes acteur·rices, mais sans nous concerter, alors que nous aurions pu travailler en complémentarité dès le départ. Et je vis aujourd'hui une deuxième version du CLS. Nous avons une nouvelle personne, et c'est souvent une question de personnes. Cela répond à la question : comment travailler avec une CPTS qui ne souhaite pas le faire ? Derrière cela, il y a des questions de personnes, pour une grande part. C'est dommage, mais c'est vrai. Par conséquent, il faut y aller. Il faut aller au contact, il faut parler avec les gens. Si une personne n'accepte pas, il faut la contourner,



RETOUR SUR...

—
WEBINAIRE

—
DYNAMIQUE
TERRITORIALES DE SANTÉ
(CLS, ASV, CLSM) ET
CPTS : QUELLE
ARTICULATION ?

parler avec son copain et réussir à avoir un temps de discussion avec ce·cette responsable. Mais il y a vraiment beaucoup de questions de personnes quand on travaille sur la question de la complémentarité.

Il y a encore un autre acteur, dont nous n'avons guère parlé ici et qui n'est pas trop présent. C'est l'hôpital : le GHT, mais notamment l'hôpital local, qui nous intéresse plus particulièrement, du côté des CPTS, parce que nous sommes très en complémentarité. Encore une fois, l'hôpital local doit venir sur le territoire, doit apporter son savoir sur le territoire, doit faire ce que les professionnel·es libéraux ne savent pas faire sur le territoire. Nous avons eu récemment une réunion pour la mise en place d'une équipe de coordination en santé mentale pédopsychiatrique qui était assez typique de la situation : le grand professeur venait nous expliquer ce que l'hôpital allait pouvoir faire pour sauver la pauvre médecine du territoire et en fait, nous lui avons expliqué que tout ce qu'il nous apportait, nous l'avions déjà mis en place mais que nous allions peut-être pouvoir travailler sur d'autres sujets. Encore une fois, ce sont des questions de personnes. Il faut des rencontres. De temps en temps, on me dit que je fais beaucoup de réunions, que j'ai la réunionniste intégrée. Mais ce n'est pas de la réunionniste. Je ne suis pas avare de salive, cela, c'est clair : il faut beaucoup, beaucoup rencontrer les gens. Il faut, à l'image de Monsieur Hangard, avoir le pied dans beaucoup de structures, de dispositifs. Il y a des gens qui sont capables de se mobiliser dans toute une série de dispositifs et qui sont capables de les mettre en lien. Cela, c'est indispensable.

Je ne sais pas si j'ai répondu à votre question.

Catherine Bernard : Oui, vous y avez répondu. J'ai notamment trouvé un élément intéressant dans votre propos. On parle beaucoup de sensibilisation des CPTS aux CLS mais finalement, l'inverse est également valable. Vous évoquez votre difficulté, en étant sur un territoire qui comporte beaucoup de communes, ce qui est le cas pour un certain nombre de CPTS, de pouvoir adresser à la fois l'ensemble des élu·es et des services de ces communes. Cela pose aussi la question de la congruence territoriale. Je ne parle pas de cohérence mais de congruence territoriale entre les différents dispositifs. Merci beaucoup, Docteur Moreul.

Gwendal Bars, vous êtes le seul représentant des institutions, aujourd'hui. Quelle est votre position par rapport à cette complémentarité ? Comment la favoriser pour le bénéfice des populations concernées, au niveau de l'ARS mais aussi des CPAM ? Nous n'avons personne pour représenter les CPAM parmi nos invité·es mais j'ai vu que dans le public, il y avait des représentants de CPAM. Il serait intéressant qu'ils puissent intervenir ou poser des questions. Je voulais aussi vous interroger plus spécifiquement sur les financements. Effectivement, les financements des CPTS sont fixés au niveau national, dans le cadre de négociations conventionnelles avec la Cnam. Pour les CLS, il n'y a pas de ligne de conduite nationale en termes de financement. C'est « ARS dépendant », voire « DDARS dépendant ». Cette disparité ne fragilise-t-elle pas une approche cohérente sur les territoires et ne fragilise-t-elle pas tout court les CLS ?

Gwendal Bars : En préalable, je voudrais dire deux choses. Ce sont des rappels qui sont peut-être connus ici par tous. Pour les CLS, il n'y a en effet pas de politique nationale qualitative. Il y a une incitation des ARS à multiplier les CLS avec un maximum de collectivités, mais nous n'avons pas d'orientations sur le



RETOUR SUR...

WEBINAIRE

DYNAMIQUE
TERRITORIALES DE SANTÉ
(CLS, ASV, CLSM) ET
CPTS : QUELLE
ARTICULATION ?

fond. Il n'y a pas de ligne budgétaire nationale qui y est consacrée. Chaque ARS prend ses décisions de financement au sujet des CLS en le prélevant sur le fonds d'intervention régionale, mais qui n'est pas abondé spécifiquement en conséquence par le ministère. Ce sont donc des décisions qui relèvent strictement de chaque ARS. Cela explique aussi la diversité des approches, des montants, des modes de contractualisation, parfois même des territoires, parce que cela peut avoir un impact sur le choix de promouvoir des CLS à différentes échelles, tout simplement.

Le deuxième point que je voudrais soulever en préalable, c'est que je pense effectivement que la question des CPAM est assez centrale, dans ce sujet. Ce que je vais dire s'applique à l'Île-de-France parce que c'est le territoire que je connais et que je ne vais pas pouvoir parler pour les autres. Globalement, dans les travaux que nous avons menés récemment pour le prochain projet régional de santé sur cette question précise – nous y avons consacré un atelier auquel participaient certaines personnes que j'ai vues ici, dans la liste des gens qui assistent à ce webinaire –, il y a un point qui ressortait particulièrement, en l'occurrence, la diversité des accompagnements des projets ; à la fois des projets des CLS, sur lesquels je reviendrai ensuite, et des projets des CPTS. Je pense que nous avons effectivement pour enjeu, notamment, de mieux nous articuler avec l'assurance-maladie, avec les caisses, sur l'accompagnement des CPTS. Et dans ce que j'ai pu constater pour ma part, en tout cas, au niveau de l'ARS d'Île-de-France, au moment de l'émergence des CPTS, nous nous sommes posé la question de l'articulation avec les CLS de manière un peu abstraite. Mais les modalités de pilotage, les travaux qui étaient déjà engagés, les acteurs, etc., les circonstances et le fait que par exemple, l'accompagnement des projets a été piloté par les services en charge de l'offre de soins en lien avec les URPS davantage qu'avec les collectivités, selon les territoires – mais cela, c'est « territoire dépendant » et « collectivité dépendant », alors que les CLS étaient plutôt pilotés du côté de la promotion de la santé, tout cela a pu mener à des démarches un peu en silo, y compris chez nous. Parfois, les liens se sont bien faits, mais ces liens ont plutôt été à l'initiative des élu·es ou des coordinateur·rices de CLS ou des directeur·rices de la santé de certaines villes.

Concrètement, je pense, comme les intervenant·es précédent·es, que le fait que les CPTS ont des moyens qui sont définis dans un accord-cadre, qu'ils sont suffisants mais qu'en plus, ils sont prévisibles, c'est un facteur de stabilité, donc d'une capacité à porter des projets importants. En Île-de-France, nous essayons de travailler ce sujet petit à petit, dans les limites de ce que nous permet, justement, le fonds d'intervention régionale, donc la logique de subventions. Nous avons notamment pris l'orientation, l'année dernière, de financer les postes de coordination sur des durées plus longues. D'autres ARS le faisaient déjà. Nous le faisons peu en Île-de-France, où nous avons des conventionnements assez courts pour des raisons de gestion. Nous avons pris la décision de passer à des conventions de plusieurs années. Ceci dit, cela ne résout pas l'ensemble des choses, notamment sur la question de la capacité de porter des projets, c'est-à-dire de l'investissement des élu·es. À cet égard, je voudrais revenir sur quelque chose qui a été dit tout au début du webinaire au sujet du financement des postes. Dans l'étude dont Lilia nous a fait la restitution, la question du financement plus précaire – c'est la logique de subventions et souvent, du moins bon financement,



RETOUR SUR...

WEBINAIRE

DYNAMIQUE
TERRITORIALES DE SANTÉ
(CLS, ASV, CLSM) ET
CPTS : QUELLE
ARTICULATION ?

en termes de montant – des coordinations de CLS était présentée dans une certaine mesure comme un facteur de fragilité dans la relation avec la CPTS et les coordinateur·rices de CPTS. Je vais peut-être faire réagir des personnes qui représentent les collectivités mais en Île-de-France, nous avons une logique qui est celle du cofinancement pour les coordinations de CLS et de CLSM, qui est souvent discutée par certains de nos partenaires. Tout est discutable. Néanmoins, nous avons constaté qu'au début des CLSM, il y a quelques années, nous avons financé certains postes de manière intégrale et le bilan est que tous ces CLSM, globalement, sont tombés faute d'investissement des élu·es. J'entends tout à fait la difficulté budgétaire de beaucoup de collectivités, aujourd'hui, mais je ne pense pas que ce soit un facteur de consolidation du CLS que d'avoir un financement à 100 % de poste de coordination par l'ARS. Je pense qu'en fait, cela présente un risque. Si des collectivités sont très engagées, elles pourront contribuer. Elles le font déjà. Mais pour les collectivités que l'on engage mais auxquelles il faut toujours tenir la main ou avec lesquelles il faut toujours travailler pour maintenir l'engagement, lorsqu'il n'y a plus d'engagement financier sur le poste de coordination, politiquement, cela ne tient pas. C'est un constat que nous avons fait dans les évaluations de CLSM, notamment. Par conséquent, au-delà même de la question du montant des enveloppes, d'un point de vue pratique, je ne suis pas convaincu que ce soit vraiment un facteur de consolidation des coordinations de CLS que de les financer à 100 %. En revanche, la question du niveau de financement et donc, du niveau de qualification et du niveau de rémunération des coordinateur·rices se pose. Elle se pose aussi parce que nous avons un certain nombre de coordinateur·rices de CLS qui se font débaucher par des CPTS. Cela nous pose des questions sur le recrutement. Voilà pour l'aspect financier en ce qui concerne les coordinations.

Quant à la question de l'articulation des projets, c'est une question que nous nous posons dans l'écriture de notre prochain projet régional de santé. Comment tout cela s'articule-t-il ? On parle souvent de millefeuille. Moi, je pense qu'il faut que nous arrivions à un puzzle, en quelque sorte, pour utiliser une métaphore. C'est-à-dire que typiquement, je pense qu'il faut que les étapes de diagnostic soient faites en commun. Quand je parle de diagnostic, je ne parle pas de lire trois cartes de données et d'interpréter ce que dit l'ORS. Je parle du diagnostic sur les ressources, sur la pertinence de ce que nous pouvons faire. C'est vraiment la question du diagnostic qualitatif et donc, dans cette démarche-là, de la construction du projet qui se pose. C'est à ce stade-là que je pense qu'il y a vraiment des choses qui peuvent se construire entre les CPTS et les CLS. Et je pense, en miroir du constat que je faisais précédemment, qu'il y a là un enjeu, pour les ARS et pour les CPAM, de prendre cela en compte dans leur dispositif d'accompagnement de l'émergence, justement pour éviter cet effet de silo où la CPTS agit dans son coin avec son accompagnement, ses consultant·es ou un service X de l'ARS ou de la CPAM, et où de l'autre côté, le pilotage des CLS est assuré par quelqu'un d'autre, où les deux ne se parlent pas vraiment et où l'on se retrouve avec deux projets de santé qui ne sont pas forcément articulés parce que l'on s'est posé la question trop tard, alors qu'ils étaient déjà écrits, en gros. Je pense que c'est le risque principal. On voit que dans beaucoup de CLS, c'est souvent une demande forte des collectivités elles-mêmes d'inscrire quelque chose sur l'émergence de CPTS. Je pense que nous aurions pu mieux faire sur l'inscription



RETOUR SUR...

WEBINAIRE

DYNAMIQUE
TERRITORIALES DE SANTÉ
(CLS, ASV, CLSM) ET
CPTS : QUELLE
ARTICULATION ?

ou plutôt, sur la mobilisation des CLS, de ce qui existe, de leurs éléments de diagnostic, de leur connaissance du territoire et notamment, de leur connaissance des acteur·rices non sanitaires pour outiller les projets des CPTS. Cela, ce sera une question pour les nouvelles CPTS ou pour l'actualisation des projets qui, je pense, doit être travaillée au niveau des dispositifs d'accompagnement. J'ignore de quelle façon. Mais c'est un questionnement que nous nous sommes posé, également au regard des circonstances. Les premières démarches de CPTS ont eu lieu en Île-de-France juste avant le Covid. Ensuite, nous ne nous en sommes pas trop préoccupés : nous nous sommes concentrés sur la gestion de la crise sanitaire. Et les questions sont revenues à la sortie de la crise, alors que les organisations elles-mêmes s'étaient construites dans la pratique pendant la crise sanitaire. Finalement, nous avons beaucoup de CPTS qui se sont cristallisées autour du montage des dispositifs de dépistage, de vaccination, etc. Ce sont aussi les circonstances qui jouent, selon moi.

Un autre point que je trouve assez pertinent revient dans les travaux que nous avons menés pour le PRS. Ce sont les indicateurs pour suivre l'activité et la pertinence de l'action de tous les dispositifs. L'une des différences principales entre les fiches actions que nous contractualisons avec le CLS et le suivi de l'accord conventionnel d'une CPTS, c'est que les indicateurs des CPTS sont nationaux. Dès lors, cela pose des questions, dans des territoires qui ont des problématiques spécifiques, notamment sur la question des inégalités sociales de santé. Dans certains territoires, le point prioritaire ne sera pas forcément exactement celui qui est couvert par la lecture de l'indicateur national élaboré par la Cnam. Comment faire valoir cela dans le dispositif CPTS pour que ce soit tout de même valorisé ? C'est un sujet qui dépasse les ARS.

Enfin, je suis assez d'accord avec tous les intervenant·es précédents sur la question de l'acculturation. Là encore, c'est la question de nos dispositifs d'accompagnement. Je sais que la FémasIF, en Île-de-France, la fédération des maisons de santé, avait mis en place des modules croisés entre coordinateur·rices de MSP et coordinateur·rices de CLS dans le cadre de la formation des coordinateur·rices de maisons de santé de l'EHESP. Des modules du même genre auraient clairement un intérêt dans la formation des coordinateur·rices de CPTS et vice versa, l'échange avec les CPTS aurait un intérêt assez fort dans la formation des coordinateur·rices de CLS, d'autant plus que, en tout cas en Île-de-France, nous avons un turnover qui est tout de même assez important sur ces fonctions-là. Nous avons beaucoup de gens qui, notamment du côté des CLS, entrent sur des postes de coordination avec peu d'expérience professionnelle préalable et qui ont donc un besoin d'acculturation croisée important et qui, d'un autre côté, sont aussi un peu vierges d'habitudes de travail construites. Cela peut donc aussi être l'occasion de faire des choses nouvelles. Mais il faut le mettre dans les dispositifs d'accompagnement. Cela, typiquement, ce sont des échanges que nous pouvons avoir avec l'EHESP, qui travaille sur ces sujets-là, ou avec nos acteur·rices locaux·ales. En Île-de-France, nous travaillons avec PromoSanté Île-de-France. Les autres ARS travaillent avec leurs Ireps. Je pense que cela fait partie des points à prendre en compte.

Catherine Bernard : Merci beaucoup, Gwendal.



RETOUR SUR...

WEBINAIRE

DYNAMIQUE

TERRITORIALES DE SANTÉ
(CLS, ASV, CLSM) ET
CPTS : QUELLE
ARTICULATION ?

Didier Febvrel : Il y a un certain nombre de questions qui sont posées dans le chat. Donnons d'abord la parole à Gilbert et nous reviendrons ensuite sur les questions.

Catherine Bernard : Gilbert, comment percevez-vous, de votre point de vue d' élu, les articulations nécessaires entre CPTS et les dispositifs de votre politique locale de santé ?

Et nous attendons une petite réaction de votre part sur le fait que si les collectivités ne financent pas les dispositifs, comme le disait Gwendal Bars, finalement, les dispositifs tombent. Est-ce que c'est par l'aspect financier qu'une collectivité s'engage ? Est-ce que c'en est le symptôme ? Est-ce que c'en est l'alpha et l'oméga ?

Par ailleurs, pourquoi ne voulez-vous pas, en tant qu' élu, intégrer le CA de votre CPTS ? Y a-t-il des soignants dans le copil ou dans la gouvernance du CLS ou de vos dispositifs de politique locale de santé ?

Gilbert Hangard : Je vais essayer de répondre à tout cela. L'intérêt de passer le dernier, c'est que l'on a entendu tout ce qui s'est dit avant. Je voudrais juste préciser au docteur Moreul que si Dieu n'est pas médecin, c'est le seul qui est partout et tout le temps. Nous, nous sommes de simples mortels qui ne pouvons pas être partout, et je crois qu'il est important qu'il y ait une coordination entre les un·es et les autres et le respect de tout ce qui se fait par les un·es et par les autres.

Je voudrais réagir sur deux points. Premièrement, il y a une hétérogénéité dans la maturité, que ce soit celle des élu·es ou celle des dispositifs que sont les CPTS, les CLSM, les CLS. Pour ce qui est des élu·es, vous savez que la santé n'est pas une prérogative obligatoire des collectivités territoriales, que c'est à la bonne volonté des élu·es. Mais l'évolution de la société fait que les élu·es, aujourd'hui, ne peuvent pas ne pas s'en préoccuper. Aujourd'hui, il y a des communes qui sont bien en avance et il y a des communes qui sont encore à la traîne. Notre rôle, à ESPT, c'est d'essayer de promouvoir cette culture auprès des élu·es locaux·ales. Il faut d'abord que le·la maire soit convaincu·e. Moi, voyez-vous, par ma profession, j'avais des liens avec le maire de l'ancien mandat, qui a été réélu. Je lui ai dit que je voulais bien venir dans l'équipe à condition de monter une vraie politique de santé. Faire des inaugurations ou s'occuper du décorum ne m'intéresse pas. J'ai été soutenu. Mais cela a été compliqué. Si le maire n'est pas convaincu, cela ne se fait pas, ou cela se fait mal. Ensuite, il faut savoir qu'être élu·e à la santé, c'est compliqué lorsque l'on n'est pas un professionnel·e ou un ancien professionnel·e de la santé. Lorsque l'on a quelqu'un qui ne vient pas du tout du milieu de la santé, il est extrêmement compliqué, déjà, de comprendre les acronymes, de savoir qui fait quoi, entre l'assurance-maladie, l'ARS, les ceci, les cela... C'est très compliqué. Être un·e élu·e à la santé, c'est compliqué. C'est la raison pour laquelle au niveau d'ESPT, nous développons des journées nationales d'études, des webinaires, des journées régionales... Nous faisons des plaquettes pour essayer d'aider les élu·es à comprendre ce qu'est la santé, parce que la santé, pour beaucoup, c'est l'absence de maladie, alors que la définition de l'OMS n'est pas celle-là. Aujourd'hui, il y a encore plus de problèmes financiers. En tant qu' élu à la santé, je demande toujours de l'argent au maire. Le maire me répond qu'il ne veut pas augmenter les impôts et qu'il ne peut pas me donner d'argent, sinon il



RETOUR SUR...

WEBINAIRE

DYNAMIQUE
TERRITORIALES DE SANTÉ
(CLS, ASV, CLSM) ET
CPTS : QUELLE
ARTICULATION ?

devrait le prélever sur des postes où il a des obligations. Par ailleurs, une élue à la santé doit s'imposer par rapport aux autres élus. L'élue à la culture, l'élue à l'éducation, l'élue au programme alimentaire territorial, etc., qui ont des contraintes, et ne pensent pas toujours à la santé. Je pense qu'aujourd'hui, il y a, sur le territoire national, un certain nombre d'élus, de conseillers municipaux ou d'EPCI qui ne sont pas encore sensibilisés à la santé, et c'est là que nous travaillons. Je trouve un peu dommage que ce soit la CPTS qui demande un contrat local de santé. Personnellement, je pense que c'est aux élus de faire cela. Encore faut-il qu'ils et elles soient conscientisés.

C'est la même chose pour les CLS. La discussion que j'ai pu avoir, toujours avec le directeur de l'ARS, consistait à se dire qu'un CLS de première génération était en quelque sorte un CLS de démarrage, un galop d'essai, et qu'un CLS prenait vraiment sa dimension à partir de la deuxième version. Cela vaut également pour les CPTS. D'après les informations que j'ai, l'adhésion est assez facile. Cela ne coûte pas très cher aux médecins. Vous me contredirez si je dis des bêtises. En revanche, la participation réelle au fonctionnement de la CPTS, c'est autre chose. Là, le pourcentage de médecins libéraux actifs dans une CPTS, n'est pas toujours très important. Il faut donc faire monter en puissance tous ces dispositifs, qui, à mon avis, sont nécessaires.

S'agissant de l'articulation, il y a deux articulations sur lesquelles je voudrais intervenir pour éviter des malentendus. Il y a d'autres élus, dans le webinaire, qui m'ont déjà fait des remarques. Personnellement – c'est une position personnelle –, à Albi, je n'ai pas souhaité être au conseil d'administration de la CPTS parce que j'ai des liens extrêmement étroits avec les dirigeants de celle-ci. Albi est une ville de 50 000 habitants où tout le monde se connaît. Il me paraissait important que les libéraux, qui sont aujourd'hui en ordre dispersé, se retrouvent entre eux, sans pression. La CPTS d'Albi s'est créée à partir du centre de vaccination : nous nous sommes dit qu'il serait tout de même bien de travailler ensemble. Et la ville d'Albi a mis tous les locaux gratuitement à disposition. Nous avons assuré le secrétariat au démarrage et ensuite, nous avons dit que dès que la convention avec la CPAM serait signée, la CPTS aurait une coordonnatrice, que la directrice à la santé de la ville, la coordinatrice et la coordonnatrice du CLS se rencontreraient, que nous viendrions aux assemblées générales sans difficulté, que s'il y avait un problème, nous serions là, que s'il fallait monter des choses ensemble, nous les monterions ensemble, et qu'il fallait travailler ensemble. Il me semble qu'aujourd'hui, avec les problèmes de démographie médicale, faire évoluer le monde libéral sur l'exercice coordonné est une priorité absolue des CPTS. Si l'on veut une bonne santé, il faut qu'il y ait du temps médical efficace, c'est-à-dire qu'il existe un exercice coordonné qui fasse que les assistant·es médicaux·es libèrent du temps de clinique au médecin, qu'il y ait des parcours de soins, notamment pour les maladies chroniques, avec les infirmier·es, etc. Je pense que le rôle de la CPTS est prioritaire là-dessus. Nous, nous n'allons pas les embêter. Nous allons les aider. Nous allons par exemple réfléchir avec eux·elles en termes d'urbanisme : où pourrions-nous développer des maisons de santé ? Comment aider, sur le plan foncier, immobilier, des cabinets médicaux qui voudraient s'agrandir pour créer des maisons de santé ? Etc. Donc pour nous, par exemple, à Albi, nous ne participons pas au conseil d'administration parce que nous voulons avoir une CPTS adulte, qui est encore



RETOUR SUR...

WEBINAIRE

DYNAMIQUE
TERRITORIALES DE SANTÉ
(CLS, ASV, CLSM) ET
CPTS : QUELLE
ARTICULATION ?

aujourd'hui dans son enfance. La CPTS d'Albi, ce sont cinq ou six médecins, qui en prennent plein la figure de la part des autres. Il faut le savoir. Monter une CPTS nécessite du courage. Nous souhaitons les aider, mais pas dans l'ingérence. Il ne faut pas que les autres aient l'impression que c'est la mairie qui fait sa politique. C'est la position d'Albi. Je sais qu'ailleurs, ce n'est pas la même chose : il y a des collègues au conseil d'administration, etc. Si, un jour, la maturité fait qu'ils-elles souhaitent que nous y participions, nous y participerons, mais nous pensons que c'est un outil de structuration de premier recours qui doit être en partenariat avec les élu·es.

Un autre point me paraît important : le lien avec le CLS et le CLSM. Vous savez qu'avec la création de la loi 3DS, qui rend obligatoire un volet dédié à la santé mentale dans les contrats locaux de santé, il y a eu des interrogations sur les CLSM. Les cinq associations d'élus·es, nous avons tenu un appel transmis au ministère, sous l'égide du CCOMS, qui est un centre de ressources. Je souhaiterais d'ailleurs que la Fabrique devienne le niveau de référence des CLS parce qu'il est important qu'il y ait ces structures d'appui. Dans cet appel, nous soutenons que le CLSM, qui est vraiment la réunion de tous les acteurs et actrices de la santé mentale, doit rester une instance d'échange, d'interconnaissance entre les acteur·rices et que le CLS, lui, porte les actions. Je rappelle qu'un CLS est un partenariat entre l'ARS et la collectivité territoriale pour décliner le programme régional de santé. Nous souhaitons pouvoir basculer toutes les propositions portées par le CLSM dans le CLS.

J'ai une frustration parce que nous n'avons pas parlé des ASV. J'étais venu ici pour avoir des informations sur le sujet. Il me semble, mais c'est personnel, que dans les quartiers prioritaires de la ville, au titre de cet universalisme proportionné, il y aurait des choses spécifiques à faire.. Je pense que l'outil de la politique de la ville, l'ASV, est un outil pertinent. Je ne le connais pas. Je ne l'ai pas utilisé personnellement. Mais je pense que c'est aussi un outil qui devrait être intéressant. Chaque outil, chaque institution a son rôle, son rôle propre. Le problème, c'est que lorsqu'il y a un dysfonctionnement, un outil risque de déborder sur l'autre. Ainsi, lorsque j'ai pris mon mandat d'élus à la santé, le CLS était mis en place. Il y avait une pauvre coordonnatrice, qui était toute seule dans un bureau au CCAS, qui ne voyait passer quasiment personne et qui travaillait directement avec l'Ireps et l'ARS et très peu avec l'élus de la ville. Elle a été surprise de voir arriver un élus à la santé. C'est quelqu'un qui connaissait beaucoup de choses, ce qui nous a valu d'être parfois en conflit, au début, parce que nous n'étions pas sur la même longueur d'onde. Je comprends la détresse d'un·e coordinateur·rice qui se retrouve tout·e seul et qui n'est pas soutenu·e par son élus. Un·e élu·e, par les liens qu'il a à droite et à gauche, permet de dénouer des situations un peu compliquées, de mettre en interrelation, de dynamiser un réseau d'acteur·rices, notamment les acteurs et actrices associatifs. Je pense que nous avons chacun notre rôle.

Je m'arrête là, parce que j'en aurais jusqu'à midi et demie...

Didier Febvrel : Merci. Je reprends la main pour relancer les questions que j'ai regardées. Merci d'avoir évoqué les ateliers santé ville. C'est une des questions que je pose : quid des ateliers santé ville et donc, de la place des quartiers de la politique de la ville ? Carole, tu pourras peut-être nous éclairer, puisque tu as été coordinatrice d'un atelier santé ville.



RETOUR SUR...

WEBINAIRE

-

DYNAMIQUE
TERRITORIALES DE SANTÉ
(CLS, ASV, CLSM) ET
CPTS : QUELLE
ARTICULATION ?

Il y a aussi de nombreuses questions pour Gwendal Bars. Prenez les questions que vous pouvez. Une personne évoque le fait que ce sont très souvent des femmes qui occupent le poste de coordination. C'est un constat. Mais nous savons aussi que dans notre monde et notre univers, les femmes ne sont pas au même niveau de rémunération que les hommes. Nous parlions d'une personne qui serait à mi-temps sur un CLS et à mi-temps sur un CPTS. Si j'ajoutais un mi-temps sur l'atelier santé ville, cela ferait trois mi-temps... Cela pose un certain nombre de questions. Comme le dit Gilbert, cela mettrait des personnes dans des situations professionnelles peu favorables.

Carole, je t'invite à évoquer les ateliers santé ville.

Carole Bégou : Dans le cadre du contrat local de santé, nous avons des actions qui sont propres au territoire des quartiers prioritaires, avec une volonté qu'elles soient dédiées spécifiquement à ces quartiers parce qu'elles répondent à des besoins bien précis, au point que dans le contrat local de santé, nous réfléchissons à ce qu'il y ait un volet qui soit valorisé avec l'intitulé « atelier santé ville ». En effet, l'atelier santé ville ne se définit pas seulement par le fait qu'il y a une coordination mais aussi et surtout par le fait que l'on cible des problématiques spécifiques sur des territoires spécifiques, pour lesquels il y a des capacités de fédérer des acteurs et actrices pour apporter des solutions. Nous revenons donc à cette idée-là. Je dis que nous y revenons parce que nous avons eu cette dynamique d'ateliers santé ville en 2005. Aujourd'hui, pour les contrats locaux, dans certains territoires, dans les régions, on invite à ce que le volet relatif à la santé mentale du contrat local de santé soit le CLSM. Mais en même temps, l'intervention du CLSM est très circonscrite, chez nous, sur la prévention du suicide, la prévention des violences, la prévention du harcèlement. Nous sommes venus compléter le CLSM sur la dimension de la santé mentale avec d'autres problématiques et d'autres porteur.euses. Pour l'instant, je coordonne seule ces différentes dynamiques. À la CPTS, je suis plutôt une associée, une aidante. Et au conseil d'administration – petite parenthèse –, il y a des missions avec des référent.es. C'est organisé ainsi au sein de la CPTS. Je suis plutôt l'aidante pour les volets sur lesquels il y a un partenariat très fort. Je pense par exemple à la mission de prévention : je suis aidante du référent pour lui donner la possibilité d'être avec les bons partenaires, etc. Comment est-ce que je parviens à mener tout de front ? Pour commencer, nous avons de la chance parce que nous avons une programmation pluriannuelle de cinq ans. Le contrat local de santé court sur cinq années. Cela veut dire que nous planifions. Aujourd'hui, je ne sais pas si c'est partagé par mes confrères, mais la planification est plus complexe qu'auparavant, parce que nous sommes tout le temps dans une logique d'urgentiste, finalement. Et pourtant, c'est assez révélateur de l'intérêt de travailler sur cette planification. On a besoin d'apprendre et de réapprendre à travailler sur de la planification. J'ai aussi essayé de fonctionner de manière à ce qu'il y ait des fiches actions qui soient communes. Dans ces fiches actions, nous précisons qui fait quoi. Notamment, lorsque c'est en articulation avec la CPTS, nous définissons quelle est la force de frappe de celle-ci, sa capacité. Nous déclinons concrètement ce qu'est sa mission, par exemple la prévention, et ce que peut-être, pour cette fiche action, la mission de prévention du CLS, du CLSM ou celle de l'ASV. Cela permet de donner de la lisibilité. Il a été dit tout à l'heure que les mêmes mots étaient utilisés et que



RETOUR SUR...

WEBINAIRE

DYNAMIQUE
TERRITORIALES DE SANTÉ
(CLS, ASV, CLSM) ET
CPTS : QUELLE
ARTICULATION ?

cela créait de la confusion. La formalisation sous forme de fiches actions, qui est l'intérêt du contrat local de santé, consiste aussi à donner à voir ces complémentarités et à leur donner le pouvoir de s'inscrire dans le temps.

Ce qui est intéressant, dans les CLS, CLSM ou ASV, c'est que nous avons un comité de pilotage qui réunit les institutionnels, les établissements comme l'hôpital psychiatrique, l'hôpital tout court, l'université, etc., et je pense que cette dimension politique peut être très utile pour les CPTS, qui n'ont pas cette même fonction politique. Sur notre territoire, par exemple, nous avons une telle pénurie de médecins traitantes et une telle problématique pour la petite enfance qu'il est essentiel de pouvoir être en lien avec l'élue du département, puisqu'il y a des services de PMI départementaux. Et là, cette dimension politique peut tout à fait prendre sa place.

Didier Febvrel : Merci. J'invite Gwendal à répondre à certaines questions.

Gwendal Bars : Il y avait beaucoup de questions. Je vais essayer de faire des réponses croisées. Plusieurs questions portaient sur l'accompagnement des projets des CPTS. Je vais répondre pour que ce soit bien clair pour les personnes qui n'ont pas vécu ce type de démarche. Généralement, l'ARS finance le diagnostic, la préfiguration et ensuite, au moment de la signature de l'accord avec la CPAM, tout le financement est un financement de l'assurance-maladie. Cela veut dire aussi, c'est important pour notre sujet, qu'une fois que l'ACI est signé, l'ARS a beaucoup moins de capacités de négociation avec la CPTS sur le contenu de son projet. Cela devient vraiment une discussion qui porte vraiment sur la reconnaissance des acteur·rices entre eux·elles et éventuellement, les questions de moyens complémentaires, ponctuels, ou des choses de ce type. Mais elle ne porte pas sur le cœur du projet de la CPTS parce que celui-ci est censé être en partie couvert par l'accord conventionnel avec l'assurance-maladie. Le gros enjeu de l'articulation dans le cœur du projet se joue sur la préfiguration et la première écriture du projet. C'est là qu'il s'agit de veiller à la cohérence entre les CPAM et l'ARS pour que les liens se fassent. Je précise au passage que depuis la loi 3DS de l'an dernier, la loi de décentralisation, cette prise en compte des CLS dans les projets de CPTS est devenue obligatoire. C'est une nouveauté. Cela passe relativement inaperçu, si l'on ne lit pas le texte en détail, mais vous pouvez aussi vous appuyer dessus. C'est un argument qui a le mérite d'exister.

Beaucoup de questions ont par ailleurs été posées sur le lien et les casquettes multiples. Une personne relevait notamment une difficulté : le coordinateur de CLS ou plutôt, la coordinatrice de CLS, puisque c'est la majorité, doit généralement conduire de nombreux projets pour le compte de la politique de santé municipale ou de l'intercommunalité sans être toujours raccord avec les projets de la CPTS et avec les orientations de l'agence. C'est quelque chose qui revient souvent et qui, selon moi, traduit un problème de fond qui dépasse un peu la question du lien entre les CLS et les CPTS, celui de la qualité de l'accord politique autour des actions du CLS. Cela conditionne aussi les questions de financement. Si l'on se retrouve avec des coordinateur·rices qui conduisent des choses qui ne sont pas dans le CLS, voire qui ne sont pas en accord avec les orientations de la politique régionale, cela veut dire que nous avons signé des choses sans être d'accord entre nous et que le CLS, en réalité, est un peu creux. C'est un vrai problème, la question suivante étant de savoir s'il ne serait pas



RETOUR SUR...

WEBINAIRE

DYNAMIQUE

TERRITORIALES DE SANTÉ
(CLS, ASV, CLSM) ET
CPTS : QUELLE
ARTICULATION ?

possible d'envisager des financements pérennes sur les actions des CLS comme des contrats d'objectifs sur la durée du CLS, avec une enveloppe. Si la qualité de l'accord politique est absente, ce n'est pas possible. C'est là qu'est le sujet, d'un point de vue pragmatique. Du point de vue de la gestion, il serait envisageable de mettre une enveloppe sur cinq ans pour un CLS. Administrativement, c'est possible. Encore faut-il que les crédits soient disponibles dans l'enveloppe du FIR. Cela, ce sont des questions de gestion et d'arbitrage financier que chaque ARS peut décider de travailler ou non. Cela relève de sa compétence. En revanche, cela nécessite, dans ce cas, un accord fort sur quelques actions restreintes. Cela signifie que l'on ne fait pas de CLS avec 40 fiches actions qui englobent toute la politique municipale parce que dans ce cas, on n'arrivera pas à se mettre d'accord de manière vraiment forte et dès lors, à obtenir des arbitrages favorables sur des financements de long terme. C'est un point qui est important. Cela dépend peut-être des régions mais je sais qu'en Île-de-France, c'est un sujet qui est assez récurrent. Nous préparons en ce moment les prochaines générations de CLS pour les deux ou trois années à venir, avec de nombreux renouvellements, et ce sujet revient constamment, avec des questions légitimes, du côté des collectivités, telles que : « si cette action que je mène n'est pas inscrite dans le CLS, est-ce que je continuerai à recevoir le financement sur telle autre action ? » Cela remet le sujet de la politique territoriale au cœur de la question, et c'est un préalable. Cela veut dire, en miroir, que les ARS doivent avoir la capacité de s'engager lorsqu'il y a une négociation, évidemment. Je sens déjà venir la remarque de Monsieur Hangard... Mais je le dis parce que c'est souvent le point faible de nombreux CLS : on se met d'accord a minima en se disant qu'au moment de la signature, on s'engage, mais pas trop, et que l'on se réengagera vraiment lorsque l'on étudiera chaque action, au moment de la demande de crédit, de l'appel à projets, etc. Si l'on veut sortir de cela, et je dis cela sans engager l'ARS parce que rien ne l'interdit dans les textes ni dans la réglementation : ce sont des choix de politique publique, si l'on veut faire autrement, cela nécessite un accord politique vraiment plus fort, donc une discussion plus qualitative entre l'ARS et les élu·es, dans laquelle tout le monde prendra sa part, je pense.

Mes réponses couvrent une partie des questions. Elles ne couvrent pas les questions techniques.

Didier Febvrel : Je vous propose, pour la fin de ce webinaire, que chacun prenne la parole pour dire un mot sur la place des usager·ères, des habitant·es dans ce domaine, sur le sujet de la démocratie sanitaire ou de santé. Mais Gilbert souhaitait faire une remarque auparavant. Je te donne donc la parole en premier pour que tu puisses faire ta remarque d'abord et qu'ensuite, tu t'exprimes sur le sujet de la démocratie sanitaire.

Gilbert Hangard : Merci, Didier. Monsieur Bars l'a compris : l'ARS ne négocie pas avec le·lacoordinateur·rice. Elle négocie avec les élu·es. Le problème est que les élu·es doivent être en capacité de négocier. C'était la remarque que je voulais faire. Est-ce que tu veux que j'enchaîne sur une conclusion ?

Catherine Bernard : Oui, un petit mot de conclusion.

Gilbert Hangard : Pour moi, il y a un angle intéressant auquel il faudra peut-être repenser plus tard. Je pense que nous avons chacun notre place : les élu·es, les instances... Il faut que dans chaque instance, on délimite bien qui fait quoi. Il est



RETOUR SUR...

—

WEBINAIRE

—

DYNAMIQUE
TERRITORIALES DE SANTÉ
(CLS, ASV, CLSM) ET
CPTS : QUELLE
ARTICULATION ?

certain que la santé, aujourd'hui, devient une préoccupation majeure de notre société. Il faut donc que nous travaillions ensemble. Travailler ensemble, ce sont les parcours coordonnés, c'est l'information, c'est la sensibilisation de tous les acteurs et actrices. Pour nous, ESPT, notre spécificité est de faire évoluer le niveau de prise de conscience des élu·es locaux·ales en matière de santé. C'est pourquoi nous avons un partenariat étroit avec la Fabrique, avec la Fnès, avec le Réseau français des villes-santé de l'OMS et avec les institutions et que nous participons de façon très profonde dans la démocratie sanitaire au niveau régional et départemental.

Didier Febvrel : Merci. Jean François Moreul, un petit mot de conclusion, et aussi un mot sur les usager·ères.

Jean-François Moreul : Il n'est pas facile de parler des usager·ères, en tout cas du point de vue des libéraux·ales, parce que je vous parlais de révolution, tout à l'heure, mais que cela, c'en est une autre : pour faire entrer les usager·ères dans notre dispositif et dans notre pratique, il y a un frein. Et le frein, c'est nous. Nous avons peur de travailler avec des usager·ères. Beaucoup de thèses traitent de ce sujet et le montrent : que vont-ils nous dire ? Que vont-ils nous reprocher ? Que vont-ils vouloir changer dans nos pratiques ? Pour l'instant, nous ne faisons qu'entrouvrir la porte mais pour autant, c'est important parce que toutes les études et les thèses qui ont été faites montrent que c'est à nous de le faire, que c'est à nous de mettre à la disposition des usager·ères des organisations, des espaces, des lieux d'échange. Il y a même une thèse qui montrait que c'était à nous de les aider à se structurer entre usager·ères pour travailler avec nous. Nous, nous avons commencé à travailler sur ce sujet il y a un an. Nous en constatons la richesse. Nous constatons aussi que nos craintes, de temps en temps, sont fondées. C'est-à-dire que de temps en temps, les usager·ères viennent nous percuter. Mais il faut le faire. Il faut savoir le faire, parce que c'est aussi de cette façon nous allons réussir à avancer dans nos pratiques. Il faut donc leur donner une place très importante.

Il y a un dernier message que je voulais faire passer. J'ai lu quelques échanges sur des lois, des obligations, des choses qu'il faudrait faire tomber d'en haut pour obliger les dispositifs à travailler ensemble. Moi, je tiens le discours inverse : faites confiance et faisons confiance aux gens sur le territoire. Sortons un peu du jacobinisme et donnons un peu de pouvoir aux gens sur leur territoire parce qu'une fois que nous avons fait nos diagnostics, ORS, Rézone ou autres, et que nous avons réussi à nous mettre en lien avec les différents partenaires du territoire, là, nous avons une puissance d'action sur tous les champs de la santé de notre territoire. Il faut vraiment que ce soient aussi les territoires qui mettent en place les outils et les dispositifs qui répondent à leurs besoins. Il faut qu'effectivement, nous travaillions ensemble mais il faut aussi donner la capacité aux acteurs et actrices du territoire de prendre en charge leur territoire.

Didier Febvrel : Merci. Catherine Vigoureux ?

Catherine Vigoureux : Je suis d'accord avec ce qui vient d'être dit. Nous, nous allons beaucoup sur les marchés. C'est là que nous rencontrons le préfet. C'est là que nous rencontrons le centre social. C'est là que nous rencontrons les élu·es. Et en effet, c'est là aussi où les professionnel·es rencontrent les habitant·es. Il y a toute cette dimension qui vient d'être dite. C'est là que prend corps toute cette dimension, celle d'aller vers – j'utilise les grands mots : « aller vers... » C'est aller



RETOUR SUR...

WEBINAIRE

DYNAMIQUE
TERRITORIALES DE SANTÉ
(CLS, ASV, CLSM) ET
CPTS : QUELLE
ARTICULATION ?

sur les marchés, aller dans les rencontres organisées, même celles qui n'ont rien à voir avec la santé, parce que c'est là que finalement, on est dans l'humain et dans le vivant et où finalement, les projets, que ce soit de CPTS ou de CLS, quels que soient les dispositifs, prennent vie, parce qu'ils sont portés par des humains, des professionnel·es qui se sont aussi rencontrés humainement.

Didier Febvrel : Merci. Gwendal, peut-être un dernier mot, avant Carole ?

Gwendal Bars : Pour conclure, je pense que nous avons effectivement un travail à mener, du côté des financeurs et des autorités de santé, pour être cohérents dans l'accompagnement des dynamiques. Que ce soit pour un CLS, un CLSM ou une CPTS – pour les ateliers santé ville, c'est un jeu d'acteur·rices un peu différent, où le lien avec la préfecture entre en jeu, nous devons faire ce lien. Nous essayons de le faire, en Île-de-France, avec les préfectures de la région. Il y a l'enjeu d'être cohérent dans ce que l'on demande aux différentes parties, je pense. C'est peut-être par cela que l'on pourra concilier les volontés d'imposition et la mise en capacité des gens sur leur territoire et dans leurs pratiques : c'est, finalement, en ayant des demandes qui soient cohérentes dans les différents accompagnements. Cela signifie qu'il faut travailler avec les CPAM. Cela veut dire qu'il faut peut-être discuter un peu plus et croiser les discussions entre les URPS et les collègues qui travaillent plutôt sur les CLS. C'est bien : je suis en train de faire ma fiche action du PRS 3, en vous répondant...

Mais il y a une question de convergence des accompagnements ; il faudrait que, lorsqu'une démarche s'enclenche, l'accompagnement réalisé par une Direction départementale de l'ARS ou par un prestataire extérieur, s'appuie toujours, déjà, sur les éléments de diagnostic dont tout le monde dispose. J'ai parfois été frappé de voir que des consultants qui accompagnaient des CPTS ne connaissaient pas le porteur du CLS du territoire, par exemple. Nous avons des enjeux de ce point de vue. Et nous devons enfin arriver à une question de projet territorial de santé, avec une nuance, selon moi : le projet territorial du CLS est un projet territorial de santé et de promotion de la santé, qui a vocation à mobiliser du soin, mais aussi tous les acteur·rices qui interviennent sur les déterminants – les services municipaux, l'urbanisme, etc. –, alors que les projets des CPTS sont des projets d'équipe. Ce sont des volontés de personnes pour organiser leur action de manière coordonnée. Ce sont deux natures différentes de projets. Même s'il y a une intersection entre les deux, ce sont tout de même deux natures de projets différentes. Il ne faut pas l'oublier.

Didier Febvrel : C'est vrai, mais j'ai entendu Jean François Moreul dire que dans une CPTS, il était aussi important pour les acteur·rices de soins de s'assurer que la ville, l'État fassent le nécessaire sur les questions de mobilité, d'urbanisme, d'accès à des services publics, etc. Nous sommes d'accord sur ce point ?

Gwendal Bars : Bien sûr ! Je pense même que les acteur·rices du soin peuvent mobiliser leur légitimité de soignant·es, qui est tout de même souvent plus reconnue par les gens moins sensibles aux questions de santé, pour porter ces choses-là avec le CLS ou avec n'importe qui. S'ils et elles le souhaitent et si c'est leur envie, c'est formidable. Mais comme le disait le docteur Moreul, c'est aussi en fonction des personnes et de leur propre implication, de leur propre sensibilité.

Sur la question des usager·ères, des habitant·es, c'est la même chose : nous devons trouver un moyen d'articuler ce qui relève de l'obligation puisque, de la même



RETOUR SUR...

WEBINAIRE

DYNAMIQUE
TERRITORIALES DE SANTÉ
(CLS, ASV, CLSM) ET
CPTS : QUELLE
ARTICULATION ?

façon, dans la dernière loi 3DS, il y a une ligne qui stipule qu'il faut mettre en place un dispositif de participation dans chaque démarche territoriale... Une fois que l'on a dit ça, on n'a rien dit, parce que comment procéder ? Cela, c'est une autre paire de manches. Là-dessus, il faut s'appuyer sur ce que savent faire les centres de santé communautaires, sur ce que sait faire le domaine du social, sur ce que savent faire les associations de proximité. C'est très important. Quitte à commencer à tisser des liens, déjà, avec les gens qui sont organisés. On a la vision, en santé, des représentant·es d'usager·ères, soit dans les associations de représentant·es d'usager·ères, soit en allant faire des focus groupes ad hoc, etc. Commençons par travailler avec la société civile, avec les associations locales. C'est une porte d'entrée qui est plus simple à aborder, pour commencer.

Didier Febvrel : En tout cas, la loi est là. Elle ne précise pas comment il faut le faire, en effet, mais au moins, elle oblige. Carole, un dernier mot, avant que je conclue ?

Carole Bégou : Je partage les éléments qui sont évoqués. Le maire et les élu·es sont fédérateurs des différent·es acteur·rices sur un territoire, dont les citoyen·nes. Il y a des conseils de citoyen·nes, il y a des conseils de retraité·es... Il n'y a pas que des associations avec un label de santé. Dans la démarche citoyenne que nous allons développer, nous avons effectivement la volonté de faire partager le contrat et de leur permettre d'y mettre leur touche, de travailler avec toutes ces associations, y compris du social, même avec les parents d'élèves, puisqu'il existe des associations de parents d'élèves. Pourquoi ne pas les associer ? L'idée est de travailler ce qui fait santé publique sur ce territoire au regard des problématiques de santé, qui sont criantes, donc à travers le diagnostic, et de construire une culture commune de santé publique. Pourquoi ? Parce que si effectivement, nous avons une pénurie du côté du soin, il faut à la fois soutenir le soin pour que cette pénurie ne dure pas trop longtemps, pour autant que l'on peut y croire, mais aussi pour s'efforcer de doter les personnes des moyens d'accéder à des ressources qui pourront les soutenir dans ce qu'elles souhaitent. Parce que même des personnes en précarité veulent avoir une bonne santé. Mais ce qui complexifie le fait d'en avoir une, ce sont les contraintes sociales, psychologiques et autres, qui sont de réels freins. Toute la dimension du cadre de vie, de l'environnement favorable à la santé, dans les CLS, est en train de prendre un réel essor, et cela me paraît important. Vous l'avez dit : il faut travailler sur les questions de mobilité, sur la question de la canicule... Comment va-t-on d'un point A à un point B en étant sûr de ne pas être exposé·e à de fortes chaleurs ? Toutes ces questions, il faut les mettre au travail et là, ce sont les habitant·es qui connaissent le mieux leur quartier. Ce sont les habitant·es qui connaissent leurs besoins et ils ont une grande utilité dans la réflexivité de nos moyens de penser.

Je réfléchissais à la possibilité de faire en sorte que nos ARS et nos CPAM nous aident à être dans une cohérence de territoire par rapport à des outils complémentaires, et je me disais que les copils des CLS étaient aussi des lieux où peut se partager cette dimension politique. C'est ce que je disais tout à l'heure, mais peut-être pas de manière assez explicite. En vous écoutant, je me disais que chez nous, la CPAM faisait partie du copil. Comment ces fiches actions qui déclinent les complémentarités peuvent-elles venir nous aider à penser cette cohérence locale ? Nous n'avons pas parlé des PTSM [projet territorial de santé mentale], qui sont d'autres dynamiques à d'autres échelles, mais avec lesquels nous



RETOUR SUR...

WEBINAIRE

DYNAMIQUE
TERRITORIALES DE SANTÉ
(CLS, ASV, CLSM) ET
CPTS : QUELLE
ARTICULATION ?

sommes aussi amenés à nous articuler. Il me paraît important de croiser tout cela, mais toujours en ayant ce souci du triptyque habitant·es – acteurs professionnel·es – élu·es, parce que pour moi, c'est ce qui fait qu'un territoire peut trouver des capacités de résilience. Il nous faut ces trois acteur·rices autour de la table.

Didier Febvrel : J'ajouterai les institutions comme l'ARS, par exemple.

Carole Bégou : Oui, parmi les acteur·rices professionnel·les.

Didier Febvrel : Cela nous ferait un quartette !

Nous allons conclure, au regard de l'heure. J'ai noté que nous avons eu jusqu'à 361 personnes connectées. Ce sont donc déjà 361 personnes qui vous ont écoutés, manifestement avec attention. Nous avons de nombreux messages de remerciement sur la qualité des échanges. Merci beaucoup.

Je vous propose deux ou trois points pour conclure. Je vais faire une conclusion « Fabriques », disons-le de cette façon.

Premièrement, on voit bien que la question de l'articulation est extrêmement importante et que pour ces articulations, il faut bien des gens et des personnes aux manettes de l'articulation. Cela s'appelle des coordinatrices ou des coordinateurs. En 2023, à la Fabrique, nous engageons une réflexion sérieuse sur le statut, la place, le métier de ces coordinatrices – coordinateurs. Nous sommes toujours un peu inquiets, préoccupés parfois par leur fragilité ou par le fait qu'ils et elles se sentent seuls, isolés. Nous avons cette question à creuser.

Le deuxième point a trait à ce que disait Carole sur l'articulation des volontés politiques. Il est certain que ce que l'on attend aussi d'un contrat local de santé, c'est de pouvoir mettre en musique les volontés politiques en matière de santé, qui sont peut-être un peu différentes. Il y a effectivement le PRS, le programme régional de santé, mais il y a aussi des spécificités locales qui sont parfois avancées par des collectivités territoriales, des habitant·es, des associations, sachant que finalement, ce sont des projets de santé, ce sont des actions, ce sont des fiches actions, mais que ce sont des acteurs et actrices locaux qui les mettent en musique. Ce ne sont pas les agent·es de l'ARS qui le font directement sur le terrain. Ce sont d'autres personnes. Il faut aussi soutenir toutes ces personnes-là.

Le dernier point, puisque Gilbert a lancé la perche et que cela fait un certain moment que nous y réfléchissons, à la Fabrique, nous sommes d'accord pour jouer le même rôle que le Centre national de ressources et d'appui aux CLSM pour les contrats locaux de santé. Nous sommes d'accord pour le faire, mais certainement pas avec les ressources et les moyens que nous avons actuellement. Peut-être est-il nécessaire de faire cela. Il y a aussi une coordination des CPTS, dont vous êtes le vice-président, Monsieur Moreul. Je pense qu'il est important que toutes ces instances ressources restent en contact les unes avec les autres de façon à pouvoir aider ces acteurs et actrices de terrain à s'en sortir. Nous avons vu émerger de nombreuses questions, très différentes, à la fois techniques et politiques. C'était un début.

Merci, Lilia, merci, Romain, qui sont les salariés de la Fabrique, pour l'organisation de ce séminaire. Merci aussi aux personnes du bureau et du conseil d'administration, Sandra Essid, Carole Bégou, Catherine Bernard, et merci à



vous, Gwendal, Gilbert, Jean-François et Catherine, pour votre participation vraiment très enrichissante. Pour ma part, cela m'a beaucoup intéressé.

À bientôt. Nous restons en contact : si vous avez besoin de nous, allez-y, n'hésitez pas. Bonne journée !

RETOUR SUR...

—

WEBINAIRE

—

DYNAMIQUE
TERRITORIALES DE SANTÉ
(CLS, ASV, CLSM) ET
CPTS : QUELLE
ARTICULATION ?



Fabrique Territoires Santé est une association tête de réseau nationale, créée en 2011. Elle vise à soutenir le développement des démarches territoriales de santé (Ateliers santé ville, Contrats locaux de santé, Conseils locaux de santé mentale, etc.) et se veut « plateforme de ressources » pour les acteurs et actrices de ces démarches.

Nous contacter :

contact@fabrique-territoires-sante.org

www.fabrique-territoires-sante.org

Réalisé avec le soutien de :



AGENCE
NATIONALE
DE LA COHÉSION
DES TERRITOIRES

