

**CONTRATS LOCAUX DE SANTÉ,
CONSEILS LOCAUX EN SANTÉ MENTALE
ET AUTRES ATELIERS SANTÉ VILLE:
RÔLES, ENJEUX ET LIMITES DES
COORDINATIONS ACTUELLES**

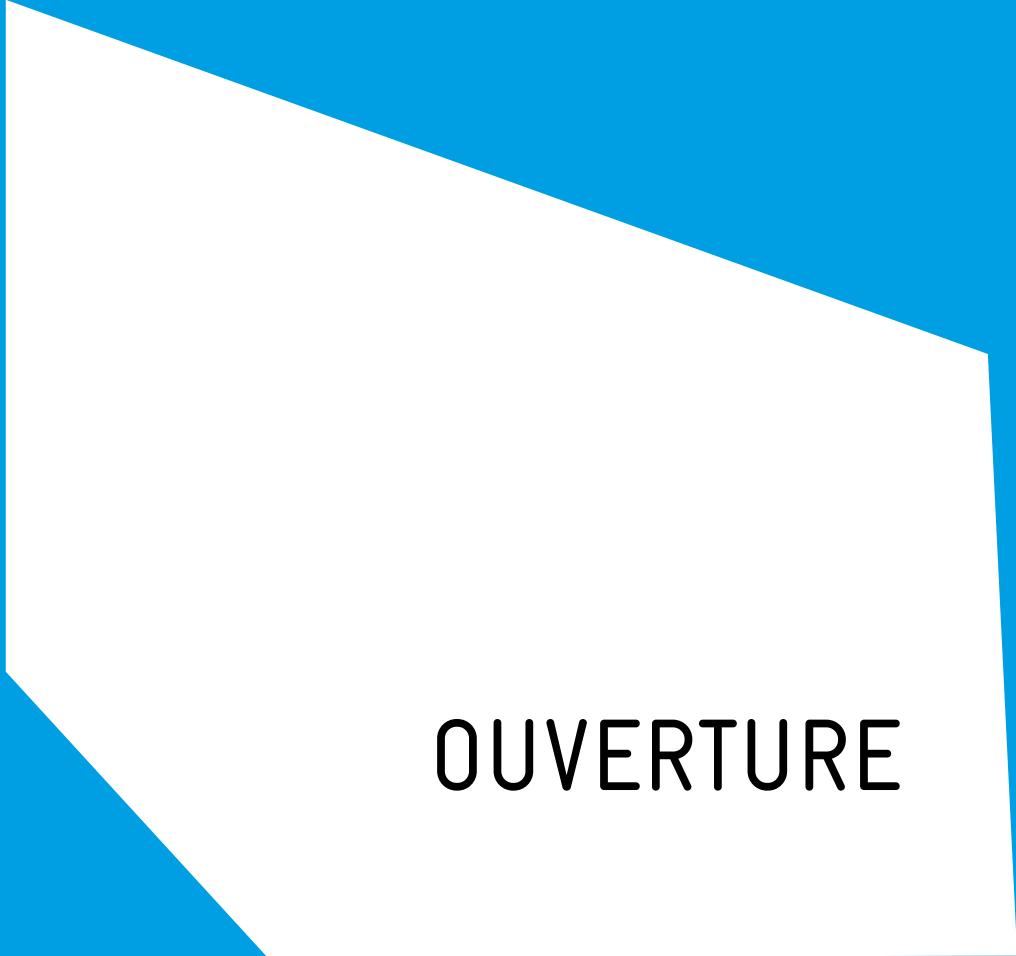


**CONTRATS LOCAUX DE SANTÉ,
CONSEILS LOCAUX EN SANTÉ MENTALE
ET AUTRES ATELIERS SANTÉ VILLE:
RÔLES, ENJEUX ET LIMITES DES
COORDINATIONS ACTUELLES**

RESTITUTION & ÉCHANGES

PROGRAMME SOMMAIRE

6	OUVERTURE Didier Febvrel, président de Fabrique Territoires Santé
10	PLÉNIÈRE Michel Lafocade, ex-directeur général de l'ARS de Nouvelle-Aquitaine
26	TABLE RONDE Animée par Arnaud Wiehn, vice-président de Fabrique Territoires Santé Avec <ul style="list-style-type: none">• Michel Lafocade, ex-directeur général de l'ARS de Nouvelle-Aquitaine• Mathilde Couderc, coordinatrice de CLS et de CLSM, pôle d'équilibre territorial et rural Grand Quercy• Thibault Mutel, chef du service de la santé et de l'autonomie, Ville et Eurométropole de Strasbourg• Marina Honta, sociologue, enseignante-chercheuse, Université de Bordeaux• Sandra Essid, membre du bureau de Fabrique Territoires Santé• Maud Ebstein-Breton, coordinatrice de CLS/ASV, Ville et Eurométropole de Strasbourg
58	CLÔTURE Didier Febvrel, président de Fabrique Territoires Santé



OUVERTURE

**Didier Febvre,
président de Fabrique Territoires Santé**

Bonjour. Je vous souhaite la bienvenue, à toutes et à tous, la bienvenue à l'occasion de cette rencontre nationale organisée par notre association La Fabrique Territoires Santé, rencontre nationale dont c'est la 7e édition en cette fin d'année 2023.

Elle porte sur le rôle, les enjeux et les limites des coordinations actuelles des dynamiques et des démarches territoriales de santé que nous soutenons, comme les ateliers santé ville, les contrats locaux de santé et les conseils locaux de santé mentale, en tenant compte aussi de la dernière-née, les communautés professionnelles territoriales de santé. Mais je vais essayer de ne pas parler en acronymes.

Merci aussi à nos financeurs, la Direction générale de la santé et l'Agence nationale de la cohésion des territoires. Sans elles, nous ne pourrions pas organiser un tel événement.

Comme vous le savez, Fabriques Territoires Santé est une plate-forme nationale de ressources pour toutes celles et tous ceux qui fabriquent des dynamiques territoriales de santé coordonnées et animées sur les territoires, quels qu'ils soient. Nous sommes nés, à l'époque, plate-forme nationale de ressources des ateliers santé ville pour devenir, en 2017, Fabrique Territoires Santé, au regard de la diversification des coordinations et des territoires, toujours dans le but principalement de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et mettre la santé dans toutes les politiques publiques.. Nous avons bien eu raison de le faire car les démarches territorialisées se développent et constituent une méthode d'intervention de nombreuses politiques publiques locales sur tous les territoires urbains et ruraux et à plusieurs échelles. Nous aurons l'occasion d'en reparler.

Depuis que nous existons, nous avons, avec d'autres, affirmé avec force et démontré, par la capitalisation, entre autres, qu'il fallait que ces dynamiques aient une coordination dédiée, comme l'a expérimenté d'ailleurs la politique de la ville dans le champ de la promotion de la santé avec les ateliers santé ville, qui ont ouvert la voie. Cette année, nous avons donc décidé d'analyser, d'interroger ces coordinations dans leur rôle, leurs enjeux et leurs limites en en faisant notamment le thème de cette journée mais aussi, le thème de notre dossier ressource. Pour rappel, le dernier porte sur la réduction des inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins.

Il y a eu un appel à témoignages des coordinatrices et des coordinateurs de ces dynamiques et il y a également une enquête en cours sur le déploiement des dynamiques territoriales de santé. Le dossier ressources est lié à cette rencontre parce que son contenu sera également alimenté par nos travaux au cours de cette journée.

Pourquoi cette focalisation sur la coordination des dynamiques territoriales de santé? Parce que nous observons que les territoires couverts par ces dynamiques s'étendent de plus en plus, du quartier à la commune, à l'intercommunalité voire à la métropole et ce, à moyens constants, tandis que les coordinatrices et les quelques coordinateurs, puisque ce ne sont quasiment que des coordinatrices, assurent de plus en plus souvent la coordination de plusieurs dynamiques à la fois. Il existe des incertitudes sur la pérennisation solide de ces dynamiques. Elles doivent faire face à une pluralité d'enjeux, et non des moindres, dans des échelles de taille différentes, des modes de gouvernance et d'animation hétérogènes. Ces incertitudes nous préoccupent, alors que nous savons que le rôle des coordinations est essentiel pour maintenir les dynamiques territoriales de santé au plus près des populations et de leurs besoins et des ressources des territoires, et pour faire travailler ensemble des secteurs dont les cultures, les représentations et les pratiques sont diverses et différentes.

Nous savons que les personnes qui ont eu ou qui ont pour fonction ou pour mission d'assurer ces coordinations - dont nous n'avons pas le compte exact, mais cela doit bien représenter quelques milliers depuis plus de vingt ans - ont acquis des compétences, des connaissances et des capacités qui en font des professionnel·les précieux·euses pour la promotion de la santé et la santé publique. Nous l'avons toujours dit et nous le répétons: l'avenir de la santé publique sur les territoires doit sûrement être entre les mains de ces professionnel·les. Et je ne dis pas cela pour les flatter mais je le dis comme une évidence, en sachant que leur métier, c'est la coordination des dynamiques de santé fabriquées sur les territoires.

Aujourd'hui, nous vous demandons de prendre du recul un instant sur ces coordinations actuelles et peut-être, d'imaginer d'autres formes de coordination. Car c'est vous qui fabriquez au quotidien ces coordinations. Nous nous pencherons donc sur le rôle, les enjeux et les limites des coordinations, mais pas forcément ceux des coordinatrices et des coordinateurs.

La journée est organisée de la manière suivante : il y aura une intervention de Michel Laforcade, qui est l'ancien directeur général de l'Agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine, suivie par deux temps d'ateliers, ce matin et en début d'après-midi, auxquels succédera une table ronde qui clôturera la journée. Il y aura trois ateliers, qui porteront sur trois thèmes : coordonner, de quoi parle-t-on ? À quoi raccrocher les coordinations ? Quelles sont les plus-values des dynamiques coordonnées ? Bien sûr, nous déjeunerons sur place et nous clôturerons la journée par un pot convivial, car la convivialité, mais nous l'avons toujours dit, est essentielle pour notre santé.

Je terminerai en faisant part de notre ambition et de notre espérance pour cette journée, qui est de pouvoir disposer de quelques messages forts à transmettre au monde de la santé et des territoires. Alors s'il vous plaît, allez-y, ayez confiance en vos analyses et en vos ressentis et ne craignez pas de les exprimer avec clarté. Pour notre part, nous sommes certains que la qualité sera au rendez-vous.

Je vous souhaite une bonne journée et un bon travail et je cède la parole à Michel Laforcade.

PLÉNIÈRE

⇒ Michel Laforcade, ex-directeur général de l'agence régionale de santé d'Aquitaine

Bonjour à tous tous.

Je vous propose quelques éléments autour de cette coordination en santé publique, dont vous êtes l'image vivante et quotidienne, et pour commencer, quelques remarques introductives.

Cette coordination fait véritablement partie, à l'heure actuelle, des thématiques dont on parle tous les jours. Même si tous ces concepts ne sont pas absolument les mêmes, on entend parler tous les jours, dans les politiques publiques, de coordination, de transversalité, de partenariat, de réseaux depuis les années 1980. Lorsque l'on est devant un mouvement de cette ampleur, il y a au moins deux explications possibles. La première est ce que l'on appelle le psittacisme. Ce sont les perroquets qui se répètent à eux-mêmes les mêmes choses. Il y a un certain nombre de domaines où l'on entend les effets de mode qui font que chacun répète ce que dit le voisin et pense avoir trouvé la pierre philosophale. La deuxième explication possible, c'est que nous serions devant un vrai tournant des politiques publiques. Et très franchement, je pense que c'est cette deuxième explication qui est la plus valable et qui correspond le plus aux réalités. Ce n'est pas le hasard si tous les jours, nous parlons de cela, nous tentons de le développer, et si tous les jours, les politiques publiques en font une priorité.

La deuxième remarque introductive que je voudrais faire, c'est que cette notion est d'une particulière richesse : richesse intellectuelle, richesse personnelle et j'ai presque même envie de dire richesse psychologique. Parce que se coordonner avec l'autre renvoie finalement à son autonomie, voire à son indépendance, parfois, et en tout cas, presque toujours à son identité. C'est l'une des difficultés de la coordination : fondamentalement, je me demande si je ne vais pas perdre une partie de mon identité, voire de mon autonomie, en participant à ce mouvement de coordination. Bien sûr, vous imaginez que je vais vous dire l'inverse, que précisément, le partenariat est une condition de son autonomie, est une condition de la capacité à atteindre les objectifs qui font nos valeurs, qui fondent nos valeurs et qui fondent notre identité. Il n'en demeure pas moins qu'il faut être lucide : cette question, voire cette angoisse, est au cœur de nos réflexions, conscientes ou inconscientes.

Troisième et dernier point: il me semble que cette coordination est la vraie valeur ajoutée des politiques publiques dans notre secteur pour l'actualité contemporaine et pour les prochaines années. Il n'est pas sûr

que dans tous les domaines, nous ayons besoin de professionnels supplémentaires, de types de spécialité supplémentaires. Cela peut être le cas. Je pense en particulier au secteur des personnes âgées. Mais enfin, ce n'est pas une certitude dans tous les domaines. Par contre, ce qui est une certitude, c'est qu'il faut en finir avec ces interventions juxtaposées.

Pensons précisément aux personnes âgées à domicile, pour ne parler que d'elles. C'est souvent une noria de personnes qui sont à leur domicile : le médecin traitant, le kiné une fois ou deux dans la semaine, l'infirmière du Ssiad, le matin et le soir, les auxiliaires de vie sociale... Cette noria est permanente. J'ai presque envie de dire que parfois, la personne à domicile voit beaucoup plus de personnes dans son domicile que la même personne se trouvant en Ehpad. Il n'en demeure pas moins que par contre, la valeur ajoutée, c'est bien la coordination de tout cela. Qui va être capable de coordonner toutes ces interventions, de demander à Pierre de s'enquérir de ce que fait Paul, de demander à Paul de rendre compte de ce qu'il fait à Pierre ? Je parle de rendre compte non pas au sens infamant du terme mais au sens de l'informer de ce qu'il a fait. La vraie valeur ajoutée, me semble-t-il, est là.

Je vous propose une intervention en trois temps.

Premier temps : la coordination est difficile.

elle présente plusieurs contraintes. Nous essaierons de les voir, pour ensuite nous donner le plaisir d'essayer de les lever. Ensuite, la coordination est indispensable. Il n'y a pas d'autres solutions pour les politiques publiques à l'heure actuelle. Enfin, la coordination est possible à certaines conditions, que nous essaierons de voir ensemble.

La coordination, d'abord, est difficile. Quelles sont toutes les contraintes pour la coordination ? Nous allons voir trois contraintes principales.

La première contrainte est le rôle actuel de l'État. Je suis fonctionnaire – en tout cas, je l'étais jusqu'à il y a deux ans et demi – et je l'ai toujours été. J'ai donc pu voir, en 45 ans de carrière, la décroissance systématique de la force de l'État. Je dis bien : la décroissance de la force de l'État. Des propos péremptoires, répétés, là aussi, sur la méthode du perroquet, parlent tous les jours de l'univers jacobin d'un État envahissant. La réalité est inverse. Qu'il y ait de plus en plus de bureaucratie, c'est évident. Il y a de plus en plus de bureaucratie mais de moins en moins d'État. Les deux peuvent aller de pair. La capacité de l'État d'arbitrer en faveur

de l'intérêt général n'a pas cessé, ces dernières décennies, de diminuer. Ceci ne fait pas vos affaires. Que vous soyez élu, que vous soyez associatif, que vous soyez professionnel, je pense vraiment que ceci ne fait pas nos affaires. À l'heure actuelle, il y a une terrible crise de l'État. Il n'est pas politiquement correct d'en parler, puisque l'on a l'impression de se mettre en travers de ceux qui émettent les mêmes jérémades du matin au soir: l'État jacobin, l'État centralisateur... Tu parles! La réalité est complètement différente, à l'heure actuelle. Il y a donc une crise de l'État et, ce dont il est encore moins habituel de parler, une terrible crise de l'autorité. Quitte à jouer les «vieux cons» – je commence à avoir l'âge de ce personnage-là –, je peux vous dire que sur ce plan-là, j'ai été un «jeune con», ce qui me donne une forme d'absolution, au moins partielle. Nous sommes dans une situation de délitement de l'autorité. Je dis bien «de l'autorité», pas de l'autoritarisme.

Je vous livre juste une anecdote. Je ne vais pas vous raconter ma vie mais lorsque j'étais directeur général d'ARS, nous nous répartissions les jurys où nous devions aller parce que les textes prévoient que dans ces jurys, il fallait qu'il y ait un DG de l'ARS. On m'avait donc affecté, puisque j'étais un ancien de l'EHESP, les jurys d'entrée et de sortie à l'école de la santé publique de Rennes. Lorsque je m'endormais un peu – vous savez, après la pause postprandiale, j'en avais un peu assez, cela ronronnait... –, qu'il y avait un candidat sympathique, mais qui était un peu ennuyeux, je lui posais toujours la même question: «est-ce que vous serez un fonctionnaire d'autorité?» Vous me croirez si vous voulez, j'ai les statistiques: neuf fois sur dix, j'avais la même réponse: «ah non, Monsieur, je ne serai pas un fonctionnaire autoritaire». Je laissais un silence, volontairement, et je reposais la même question: «est-ce que vous serez un fonctionnaire d'autorité?» Ce n'était pas l'objectif mais là, le candidat commençait un peu à pâlir en se disant: il me pose deux fois la même question, cela veut dire qu'il doit y avoir un problème. Comment, dans une société, avec des gens qui ont fait 25 ans d'études, qui sont dans une école qui ma foi, est assez sympathique, peut-on mettre dans la tête des gens, depuis la maternelle jusqu'à l'EHESP ou d'autres écoles, qu'un fonctionnaire ne doit pas avoir une posture d'autorité, c'est-à-dire avoir une capacité d'arbitrer en faveur de l'intérêt général? D'où cela sort-il? Nous sommes au cœur de la question de la coordination, de la capacité de résister à tous les lobbys de France, de Navarre et d'ailleurs. C'est important, en toile de fond. Une fois que j'ai dit cela, nous allons voir quelles sont les solutions possibles mais en tout cas, il faut qu'il y ait un sursaut, de ce point de vue: il n'est pas insultant, il n'est pas autocratique de rêver d'un État qui ait une posture d'autorité.

Notamment, allons jusqu'au bout: pas de coordination sans coordonateur. Vous vous dites: il est venu pour enfiler les truismes. Cela paraît évident à tout le monde. Sauf que des hypothèses de coordination sans coordonnateur, j'en ai vu un certain nombre dans ma carrière. Oui, on se coordonne, mais je ne comprends pas ce que vous dites par «on se coordonne». J'ai envie de dire: qui est responsable de cette coordination? Je ne vous demande pas un chef à qui vous présentez les armes tous les matins. Je vous demande qui est responsable, dans tous les sens du terme, de cette coordination. Oui, on se coordonne, mais je ne comprends pas ce que cela veut dire, «on se coordonne...»

Deuxième point: le rôle surévalué du sanitaire et du curatif. Vous êtes bien placés pour savoir que notre système de santé est fondé sur une équation simple mais fausse: santé = soins. C'est ce que tout le monde a en tête, peu ou prou. Certes, il y a les gens éclairés comme nous qui disent qu'il y a tout de même la prévention, mais fondamentalement, c'est le cœur de l'équation de notre système, ce qui explique que nous avons l'un des meilleurs systèmes de soins au monde et que nous avons un piètre système de santé. Il faut distinguer les deux. Un seul chiffre: à la naissance, l'espérance de vie, en France, est loin d'être la meilleure du monde. Par contre, à 65 ans, et j'ai le plaisir d'avoir dépassé cet âge-là, l'espérance de vie en France est la meilleure au monde, parce que 65 ans, et j'en suis le témoignage vivant, c'est le moment où l'on commence à avoir des maladies. Bien sûr, on peut commencer avant: on n'est pas obligé de commencer le jour de ses 65 ans mais enfin, tendanciellement, vous comprenez bien ce que je veux dire. Là, les déterminants de santé vont considérablement augmenter du côté du soin. Eh bien nous avons un si bon système de soins que si l'on arrive à 65 ans, on a la meilleure espérance de vie au monde.

Il y avait un épidémiologiste du nom de Dever qui, dans les années 1970, avait fait une première étude sur les déterminants de santé. Elle a été suivie par dix ou quinze épidémiologistes, le dernier s'appelant Wilkinson, il y a à peine quelques années, qui aboutissent aux mêmes conclusions. Que nous dit Dever? Seulement 11% – dans les années 1970! – des déterminants de notre santé dépendent des soins que nous recevons. C'est beaucoup, mais cela ne fait que 11%.

Tout le reste, vous le connaissez comme moi. C'est le patrimoine génétique, qui nous favorise ou nous défavorise, tout en ayant en tête l'épigénétique, parce que l'environnement peut aussi modifier les conséquences de ce patrimoine génétique néfaste ou au contraire, l'amplifier.

Ce sont aussi les déterminants environnementaux, qui n'arrêtent pas d'exploser, soit parce que le thermomètre s'améliore et que l'on est capable de faire des liens de causalité entre l'environnement et la santé des gens, soit parce que l'environnement se dégrade, soit, me semble-t-il, pour les deux raisons.

Ce sont également les déterminants financiers, bien sûr, le fait d'avoir un travail ou non, et lorsque l'on a un travail, le fait d'avoir un travail stressant ou non.

Il y a également les déterminants sociaux, que vous connaissez si bien et qui sont absolument majeurs. De temps en temps, d'ailleurs, dans certaines études, même de gens a priori très fins connaisseurs de notre secteur, je suis effrayé que l'on confonde déterminants géographiques et déterminants sociaux. Une étude vient de sortir, qui nous dit que les déterminants géographiques sont majeurs. Le problème est que les déterminants géographiques sont très souvent des déterminants sociaux. Il ne s'agit pas de parler de la Creuse par rapport au centre de Bordeaux, d'Aubervilliers par rapport au 7^e ou au 8^e arrondissement. Il s'agit de parler, à mon avis, de déterminants sociaux, la plupart du temps. Ces déterminants sociaux, bien sûr, sont absolument majeurs.

C'est aussi le diplôme. Amartya Sen, le prix Nobel d'économie indien, avait démontré que le diplôme, le parchemin, était absolument majeur : plus on a de diplômes, plus on est en bonne santé, statistiquement. Il avait étudié l'État du Kérala, un petit État de l'Inde, qui, paraît-il, est absolument magnifique. Malheureusement, je ne suis jamais allé en Inde et encore moins au Kérala. Dans ce petit État du Kérala, d'inspiration marxiste, mais peu importe – parce que je vous rappelle que l'Inde est un État fédéral, avec des politiques différentes d'un État fédéré à un autre –, l'espérance de vie, à la naissance, est proche de l'espérance de vie européenne, supérieure à 70 ans. Il s'était dit : mais que se passe-t-il ? Ce qui se passe, ce n'était pas lié au système de santé. C'était lié au système éducatif, avec, depuis des décennies, d'énormes investissements du service public de l'éducation et en particulier, beaucoup de femmes qui vont jusqu'à l'université, qui ont un diplôme universitaire, ce qui n'est tout de même pas la règle pour l'ensemble des États de l'Inde. C'est bien sûr par les femmes, heureusement ou malheureusement – malheureusement au sens où il faudrait aussi que les hommes participent un peu plus –, c'est vraiment par les femmes que se transmettent les bonnes pratiques en matière de maintien de son capital santé. Grâce à cela, ils ont une espérance de vie absolument magnifique. Vous voyez

l'importance du parchemin lui-même, dans un pays dont je ne sais s'il faut l'appeler en voie de développement mais en tout cas, moins riche que le nôtre, à l'heure actuelle. C'est vrai aussi dans un pays comme le nôtre.

Le dernier point, vous le connaissez, là aussi, c'est la solidarité, et en particulier, les faibles écarts de revenus. Plus un pays est solidaire, c'est-à-dire plus les écarts de revenus y sont faibles, plus la santé est bonne. Là, ce sont Marmot et Smith, deux épidémiologistes, qui ont mené une étude comparant deux types de pays: les États-Unis, d'un côté, et de l'autre, la Suède et le Japon.

Les États-Unis sont le pays au monde qui investit le plus pour la santé: plus de 13 % du PIB. Les États-Unis investissent énormément pour la santé. Inutile de vous dire que c'est curatif et technique, pour l'essentiel – nous sommes dans ce registre-là – avec des résultats calamiteux, globalement. Pour les femmes *wasp* – blanches, anglo-saxonnes, protestantes – de la côte Est, cela ne va pas mal, mais ce n'est pas à travers une petite communauté que l'on juge un système: au fin fond du Texas et de l'Arizona, ce n'est pas brillant. Et dans certains quartiers du Bronx, vous savez comme moi que les indicateurs sont ceux de pays très peu développés. Il y a donc de gros investissements mais des résultats calamiteux. Ce pays, qui donne des leçons d'investissement économique au monde entier, est un anti modèle sur le plan de l'investissement en santé. Pourquoi? Marmot et Smith nous disent que c'est parce que les écarts de revenus y sont immenses.

À l'inverse, au Japon et en Suède, il y a de faibles écarts de revenus et une grosse solidarité, pour des raisons complètement différentes. Société confucéenne, au Japon, c'est-à-dire solidarité familiale, solidarité de voisinage, solidarité dans l'entreprise... Avant de licencier, au Japon, on y réfléchit beaucoup. Et rappelez-vous l'épisode de Carlos Ghosn: pourquoi les Japonais ont-ils laminé Carlos Ghosn, quand ils ont appris le salaire de ce monsieur? Pour eux, c'était hallucinant. Ce n'est pas du tout dans les habitudes du Japon. Et il a été étonné, finalement, d'une forme de répulsion qu'il a suscitée à son égard.

Pour terminer sur ce point, Wilkinson, dont je vous parlais – j'espère qu'il n'y a que des amoureux de rugby, dans cette salle: je ne vais pas vous épeler «Wilkinson»... –, reprend l'étude de Marmot et Smith et finalement, dit qu'il la valide complètement. Et il ajoute cette chose intéressante, qui est contre-intuitive, en tout cas pour moi: les plus riches sont en meilleure santé dans un pays à faible écart de revenus que dans

un pays à gros écart de revenus. C'est tout à fait contre-intuitif. Moi, je pensais: au moins, la famille de l'émir du Koweït et du Qatar est en bonne santé. Eh bien, elle est en moins bonne santé que la famille de gens riches mais dans un pays à faible écart de revenus. Comme quoi, la solidarité, le «prendre soin» profite à tout le monde.

Tout ceci m'amène à dire que finalement, l'important, pour la santé, si l'on va jusqu'au bout du raisonnement, ce sont beaucoup des dépenses qui ne sont pas des dépenses de soins, mais des dépenses de lutte contre le chômage, des dépenses d'action sociale, des dépenses éducatives. Allons jusqu'au bout de ce raisonnement, non pas que nous ayons la capacité de le mener jusqu'au bout, concrètement: tout ce que vous faites en termes d'«aller vers», cette proximité avec les citoyens, d'aller au-devant des citoyens eux-mêmes, voilà bien sûr ce qu'il faut faire pour essayer de jouer sur ces déterminants sociaux. Bien évidemment, c'est plus important que de mettre 5 millions de plus dans un hôpital.

Lorsque j'étais directeur de la Ddass des Landes – à l'époque où les ARS n'existaient pas, il y avait encore des Ddass –, mon collègue directeur de l'équipement, qui m'entendait toujours parler d'argent aux hôpitaux, me dit: «écoute, il y en a assez de t'entendre parler de cela. Tu dépenses des sous, tu ne sais pas comment ils sont utilisés. Quand même, moi, je vais te dire quelque chose...» Pour ceux qui connaissent un peu les Landes, qui ont traversé les Landes en partant vers l'Espagne, cette quatre voies – c'était dans les années 1990 – n'était pas sécurisée. Il n'y avait pas de barrières de sécurité. Il m'a dit: «tu détournes 3 millions des hôpitaux landais et tu me paies 10 kilomètres de barrières sécurisées. Je te signe un papier disant que tu vas économiser 15 morts et 25 blessés graves.» C'était le tarif, grossso modo. Eh bien je n'étais pas capable de dire que les 3 millions supplémentaires pour l'hôpital allaient forcément faire diminuer la mortalité de 15 et la morbidité de 25. C'est une caricature. Je n'étais pas candidat à aller diriger la Ddass de Mayotte. Je n'ai donc pas détourné l'argent de la sécurité sociale pour payer les barrières de sécurité. Mais au fond de moi, je me dis que j'aurais peut-être dû. En termes de raisonnement, pour aller jusqu'au bout, comment passer du *cure au care*? Comment passer du soin au «prendre soin», sans abandonner le soin, bien évidemment? Cela me semble quelque chose d'important.

Troisième et dernier point: les acteurs ont des rationalités différentes. Cela aussi, cela joue sur les contraintes qui s'exercent sur la transversalité. On est obligé, si l'on veut travailler avec ses petits camarades, de faire l'effort de comprendre la rationalité tendancielle de chacun. Parce que nos petits camarades sont forcément moins intelligents que nous,

par définition. Mais si l'on répète à satiété que l'on ne comprend pas pourquoi ils ne veulent pas travailler avec nous, pourquoi ils ne veulent pas faire comme ceci, pourquoi ils ne veulent pas faire comme cela, c'est que l'on n'a pas fait l'effort de comprendre leur rationalité. Il y en a quelques-uns qui, quand même, ne sont pas plus bêtes que nous. Il faut faire l'effort de comprendre la rationalité de l'autre.

Prenons quelques exemples sur ces rationalités tendancielles. Premier exemple, la rationalité des pouvoirs publics : les élus, les services de l'État, l'ARS... La rationalité des décideurs, ce sera globalement de privilégier ce qui se voit. Si vous êtes élu, et je crois qu'il y a ici quelques élus, moi, je ne suis pas élu mais si je l'étais, la rationalité serait de me faire réélire, tout de même ; ou alors, il faut être un peu bizarre. Et l'on se fait plus facilement réélire, rationnellement, tendanciellement – je parle bien de rationalité tendancielle, que personne ne le prenne mal : chacun peut faire le pas de côté –, lorsque l'on privilégie ce qui se voit plutôt que ce qui ne se voit pas et qui peut rapporter gros. Vous me voyez venir avec mes gros sabots : la prévention sera souvent le parent pauvre parce que c'est plus difficile à expliquer. Les éducateurs en milieu ouvert – même si l'on ne dit plus « milieu ouvert » –, qui passent une partie de la journée à jouer au baby-foot avec les gamins au pied des tours, font leur métier. Mais il n'est pas facile d'expliquer qu'ils jouent au baby-foot toute la journée. N'ont-ils rien d'autre à faire ? Alors qu'un beau centre renforcé, cela a de l'allure ! Cela, au moins, cela vous pose une politique et cela vous rassure. Je caricature, mais tendanciellement, il y a bien quelque chose de cet ordre-là. C'est vrai pour toutes les politiques. La prévention, cela rapporte énormément. On entend tellement de bêtises, comme au sujet du tabac. Pourquoi n'a-t-on pas une politique un peu plus hardie en matière de tabac ? Parce qu'il y a la taxe sur le tabac. Mais ce que l'État récupère avec la taxe sur le tabac, c'est infinitésimal par rapport à ce que coûtent 50 % des fumeurs, dont je rappelle qu'ils vont faire un cancer du tabac. C'est infinitésimal. Ce ne sont donc même pas des raisons financières. Ce sont des raisons de projection et de représentation. Voilà pour les élus et pour les décideurs, les décideurs de l'ARS, si vous voulez.

Venons-en maintenant aux professionnels. De la même façon, le sujet est un peu tabou. Les professionnels ont deux moteurs principaux. Ici, il n'y a que des gens géniaux, moi y compris, qui n'ont pas que ces moteurs-là. Mais tendanciellement, ces moteurs, c'est de gagner un peu plus d'argent et d'avoir un peu plus de pouvoir. « Ah non, moi, dans le social, ce n'est pas comme cela... ! » Enfin, tout de même, tendanciellement,

ment... Cette rationalité, il faut l'entendre, il faut la comprendre. Ces rationalités ne sont pas gênantes. Il faudra simplement que ces rationalités se retrouvent dans une rationalité plus globale de santé publique, d'action collective et partenariale que l'on va mener.

Et pour les administrations, la mienne, l'administration générale, la rationalité est de deux ordres : le respect de la loi et le respect du budget. Si vous respectez la loi et que vous respectez le budget, tendanciellement, l'administration sera tranquille. Sauf que l'on peut respecter la loi et respecter le budget et faire à peu près n'importe quoi. Orpéa respectait bien le budget... Pour le respecter, il le respectait! C'était même parfaitement tenu, pour dégager des bénéfices... Vous voyez à quel point on ne peut pas s'arrêter à ce type de rationalité.

Deuxième point, sur lequel je vais aller plus vite. **La transversalité et la coopération sont absolument indispensables**, pour deux raisons.

Premièrement, pour intégrer la complexité des politiques. Quelqu'un dont j'aime tout particulièrement la pensée, un jeune homme de 102 ans, Edgar Morin, qui réenchante le monde chaque fois qu'il nous parle, a développé ses théories de la complexité, nous disant que nous confondons complication et complexité. Sémantiquement, il est plus joli de dire «complexité». Cela fait plus riche et plus chic que «complication» mais cela n'a rien à voir. Edgar Morin nous dit que la complexité est un état du monde, un état des relations entre acteurs, un état de l'usager, l'usager que vous croisez tous les jours : il est complexe, avec toutes ses dimensions, biologique, psychologique, sociale. La complexité, c'est un état du monde et un état des usagers. **C'est nous qui rendons les choses compliquées en refusant cette complexité.** Edgar Morin en veut beaucoup à Descartes et par contre, a une profonde amitié pour Pascal. Rappelez-vous ces deux contemporains, que l'on a forcément dû croiser pour passer le bac de première ou la philo, ces deux contemporains, notamment Pascal, qui nous disait : *«je tiens pour impossible de connaître le tout sans connaître les parties, de même que de connaître les parties sans connaître le tout»*. C'est une phrase magnifique. La prise en charge holistique est résumée une fois pour toutes par Pascal : je ne peux comprendre le tout sans comprendre les parties, je ne peux comprendre les parties sans comprendre le tout. Donc le fémur de la chambre 48, c'est terminé : on ne doit plus en entendre parler. L'alcoolisme de M. Dupont, SDF, que vous croisez, on ne doit plus en entendre parler. Sauf qu'il faut être capable de soigner le fémur de

M.Durand tout en soignant M.Durand. Il faut être capable de soigner l'alcoolisme de M.Dupont tout en soignant, au sens de « prendre soin », M.Dupont. Descartes, lui, le Descartes très conceptuel et analytique, nous dit: chaque fois que nous sommes devant un problème compliqué, séparons-le en autant d'entités que possible. Edgar Morin nous dit que c'est la meilleure solution pour être sûr de ne jamais y arriver.

Or dans notre secteur, nous avons tendance à séparer à peu près tout ce qui peut l'être : le sanitaire du social, du médico-social, le curatif du préventif... Toutes les disciplines non seulement médicales mais soignantes et sociales sont dans l'hyperspecialisation. Dans un CHRS, nous avons de temps en temps un spécialiste de l'insertion par la santé, de l'insertion par l'économique, de l'insertion par le logement et nous avons de temps en temps la stupidité de nous demander par quoi il faut commencer. C'est comme si l'on nous disait: « ce soir, est-ce que tu veux manger, est-ce que tu veux avoir un toit, est-ce que tu veux être en bonne santé ou est-ce que tu veux avoir un boulot ? Tu choisis, tu coches la première case, parce que nous allons commencer par celle-là. » Eh bien ce soir, je veux tout. Et si je n'ai pas tout, je n'aurai rien, finalement. Vous voyez à quel point tout cela nous a amenés à réfléchir à ces politiques telles que « un logement d'abord », « un emploi d'abord », qui démontrent que l'on était capable, presque pour tout le monde, de trouver un logement, de faire en sorte que deux ans après, la personne soit toujours, même si elle était SDF, parce que l'ensemble des professionnels se coordonnaient autour d'elle pour agir sur toutes les dimensions. Bel exemple de coordination réussie !

Nous avons donc séparé tout ce qui peut l'être. Edgar Morin nous dit: vous avez inventé des spécialistes ignares, c'est-à-dire qui savent tout sur presque rien. À force de spécialiser la chose, ils savent tout sur à peu près rien, finalement. Et savoir tout sur rien, c'est être un éminent professeur de médecine, de chirurgie viscérale, de traumatologie, et dire: « moi, je ne m'intéresse qu'à cela ». Parfait. Dans son service, on meurt d'infection nosocomiale dans des proportions calamiteuses. Par conséquent, pour le patient, ce professeur savait tout sur à peu près rien, parce qu'il en est mort, tout de même... Mesurons donc à quel point se focaliser sur sa discipline, c'est finalement, pour l'usager, savoir tout sur à peu près rien, d'une certaine façon. Edgar Morin nous dit: ne supprimez pas les spécialisations, dépassez-les, ce qui n'a rien à voir, parce que la spécialisation est intéressante. Elle permet de carotter en profondeur. C'est parce que mon petit périmètre était relativement réduit que je suis devenu un cador de la chirurgie de la main ou un cador de l'insertion

par l'économique. Oui, il est utile d'avoir des cadors. Par contre, il faut dépasser sa spécialisation. Il faut que ce cador ne pense pas qu'il détient l'alpha et l'oméga de la prise en charge de la personne concernée.

Pourquoi faut-il une coordination indispensable? Pour se recentrer sur l'usager sur ses besoins et notamment, sur les logiques de parcours. L'analyse des besoins est la clé du succès pour presque tout, en matière sanitaire et sociale. C'est la clé du succès avant de lancer une coordination, c'est la clé du succès avant de lancer une démarche évaluative de qualité. C'est la question la plus importante: est-ce que le matin, quand j'arrive dans mon bureau ou dans mon institution, ce que je vais faire répond aux besoins des personnes concernées? C'est la question des questions: est-ce que je réponds aux besoins des personnes concernées? Il n'y a pas de question plus importante. Il n'y a pas de question plus difficile. Vous avez les besoins subjectifs, les besoins objectifs... Il n'en demeure pas moins que ce qui est assez troublant, c'est le peu de temps que nous passons tous à cette analyse des besoins.

La notion de besoin ne peut être que scientifique, tendanciellement. Ne confondons pas le besoin et la demande, qui peuvent ne rien avoir en commun, et ne confondons pas le besoin et l'offre, qui, malheureusement, peuvent aussi ne rien avoir en commun. Ce n'est pas en écoutant M.Michu ou Mme Michu, ce n'est pas en regardant ce que je fais, forcément, que je vais analyser les besoins. Le besoin, c'est dans la grande littérature scientifique nationale, internationale, dans l'analyse expérimentale, parce que l'on est capable d'analyser les besoins à condition d'analyser les expériences. Mais je dis bien: de les analyser, pas simplement de dire: «ah, c'était bien, ce moment-là». Pourquoi était-ce bien? Comment était-ce bien? Va-t-on pouvoir le reproduire? Il n'y a donc pas que la littérature nationale et internationale. Le besoin, c'est du côté de l'analyse objective et scientifique, fondamentalement, raisonnablement. Si vous voulez, je peux vous répondre pour mon ARS, pour mes douze ans de DG d'ARS. La réponse sera accablante. Fondamentalement, dans notre institution, est-ce que l'on délègue une petite part de cette veille intellectuelle, scientifique, à quelqu'un qui est chargé de s'assurer de l'évolution de l'état de l'art et de la science? Et combien de temps lui donne-t-on? Il est dommage que ce ne soit pas l'alpha et l'oméga des politiques.

La nécessité de retrouver cette analyse des besoins va avec les logiques de parcours, pour les malades chroniques, en particulier. Vous le savez comme moi: il y a 16 ou 17 millions de malades chroniques qui sont, typiquement, des malades du parcours, des malades de la coordination.

Ce n'est pas à vous que je vais l'expliquer. D'après la dernière étude de la Cnam, il y en aurait 24 millions. Je trouve que cela fait tout de même beaucoup. Nous serions bientôt un Français sur deux malade chronique. Mais que ce soient 16, 17 ou 24 millions, finalement, le nombre est incroyablement important. Ce sont des malades du parcours : le diabète, l'insuffisance cardiaque, certaines formes de cancer, le sida, ce sont des maladies chroniques, que ce soit d'ailleurs du social, du médico-social ou du sanitaire, parce qu'être SDF, c'est une maladie chronique. On peut s'en sortir mais l'expérience montre que cela peut durer des années. C'est donc une maladie sociale et sanitaire chronique. Il n'y a pas d'autres solutions : ce sont des patients du parcours des usagers. Que voulez-vous qu'ils aient comme ambition autre que celle, même si elle est inconsciente, de croiser des gens qui se coordonnent ? Ils ont besoin de cela. La personne handicapée psychique, avec une schizophrénie découverte à 20 ans, qui sort de chez elle, qui reste quelques semaines à la rue, arrive à l'hôpital psychiatrique en urgence. On va la garder une semaine ou quinze jours. Au bout de ce laps de temps, on peut lui dire : « écoutez, vous allez bien, repartez chez vous ». S'il n'y a pas un responsable du parcours, qui peut être l'infirmier du CMP, par exemple, qui va aller la voir tous les jours tant qu'il faudra y aller tous les jours, qui, s'il la perd de vue, va essayer de la retrouver pour savoir où elle est passée, qui s'assurera de sa compliance à l'égard des médicaments, qui l'aidera à trouver une assistante sociale pour rester dans son logement, eh bien le cercle infernal continuera. Au bout de quelques semaines dans son studio, la personne « mettra le souk », les voisins en auront assez, elle repartira la rue. Ce sera le retour à la case départ. C'est typiquement quelqu'un qui a besoin d'un parcours et donc, d'un coordonnateur de parcours. Mais je sais que je parle à des convaincus.

J'en arrive au troisième temps de mon intervention : **la transversalité est possible à certaines conditions.** Il s'agit de fédérer autour de la démarche de projet. La pire des choses, pour un usager, pour une politique destinée à un groupe de population, c'est de ne pas poser la santé en termes de projet, c'est-à-dire en termes d'objectifs, de problèmes à résoudre et de résultats à obtenir. La pire des violences, pour une structure, ce sont ces structures qui sont comme le navire qui tourne autour de l'axe de sa quille. Nous connaissons de telles structures. Elles n'ont pas de projet, ne savent pas où elles veulent aller, il n'y a pas de sens, dans les deux acceptations du terme : il n'y a pas de direction, il n'y a pas de valeurs. À partir du moment où l'on est capable de développer ce type de démarche de projet, on est aussi capable de galvaniser les troupes.

Il y a une autre condition: que les tutelles – c'est un terme impropre puisque vous n'avez pas de tutelle – , que les financeurs aient le courage d'imposer la coordination et de dire à tous les gens qu'ils financent, qu'ils ne les financeront plus si la coordination n'est pas au rendez-vous. Ce n'est pas un oukase, ce n'est pas un crime de lèse-majesté; c'est ainsi que l'on mène des politiques efficaces en direction des usagers. Il faut donc que les financeurs prennent leur part.

Tout cela avec de multiples concrétisations, que vous connaissez aussi bien que moi et même mieux: le DAC, dispositif d'appui à la coordination, magnifique dispositif, ex-PTA [plateforme territoriale d'appui], que nous avons expérimenté dans cinq territoires, il y a de cela une dizaine d'années, dont je regrette qu'il ne soit pas tenu avec plus de vigueur et d'ambition parce qu'avec ce binôme, une infirmière et une assistante sociale, qui, autour d'un téléphone, prennent en charge quelqu'un, en termes de coordination, on a inventé quelque chose de magnifique. Avec les ateliers santé ville, depuis 2000, vous avez été capables d'inventer, parce que dans les années 2000, c'était une invention, cette logique d'«aller vers», et non seulement d'«aller vers», mais de «faire avec». Tout cela fait beaucoup de choses, très localisées sur un territoire. Et l'on sait qu'il faut localiser: on ne parle pas de la mammographie de la même façon à Aubervilliers que dans le 16e arrondissement. C'est comme cela. Moi, dans la Creuse, j'avais le seul département de France où l'on voyait encore des cancers du sein à la phase où ils étaient visibles. On les découvrait à la phase d'ulcération. C'était le seul département de France parce que dans la Creuse, on ne va pas consulter tant que l'on n'est pas à l'article de la mort. Il faut le savoir, quand on fait la promotion de la mammographie en Creuse. Vous voyez qu'il n'y a pas qu'Aubervilliers et le 16^e arrondissement. Il y a aussi la Creuse, il y a Bordeaux et le Pays basque. Ce sont des logiques très différentes.

Vous avez inventé cela: aller vers, faire avec... C'est une révolution, aller vers. C'est insupportable, cette idéologie de la libre adhésion: je n'interviens que si l'autre adhère, si l'autre le demande. C'est insupportable! Vous savez très bien qu'il y a des milliers de personnes qui ne vous demanderont jamais rien. C'est ainsi. «C'est la liberté, mon cher Monsieur, vous comprenez bien, moi, je ne peux pas contrevénir à la liberté...» Vous pouvez surtout acheter votre propre tranquillité! Le monde de la psy, pour lequel j'ai une affection sans borne..., avec lequel je suis donc très dur, a eu besoin de réfléchir à la libre adhésion, tout de même: je n'interviens que si l'autre le demande, c'est absurde! Je vais

vers lui pour susciter la demande. Cela, c'est du travail. C'est ce travail que vous faites tous les jours. Un psychiatre de mes amis, qui a le sens de l'humour – comme quoi... –, m'avait posé la question : savez-vous combien il faut de psychiatres pour changer une ampoule ? Il y a des gens de très mauvaise foi qui disaient : il en faut deux, un qui tient l'ampoule et l'autre qui tourne le tabouret. Vous voyez tout de suite l'image. Eh bien non : il n'en faut qu'un mais il faut que l'ampoule le demande. Je trouve que c'est une assez bonne synthèse de la libre adhésion et de la nécessité d'« aller vers », effectivement.

L'intérêt des CLS est magnifique. Avec eux, on tente la systémique. On tente, sur un territoire, de faire prendre conscience à plusieurs acteurs, pas seulement ceux du soin, qu'ils ont une responsabilité en matière de santé. C'est magnifique ! Il faut continuer cela. Les CLSM, pour lesquels j'ai, là aussi, beaucoup d'affection, et que j'ai beaucoup tenté de développer dans ma région, ont des logiques dans lesquelles on sait mettre autour d'une table la justice, la gendarmerie, le monde de la psychiatrie, le monde des commerçants, pour traiter concrètement d'affaires sur un petit territoire. Cela me semble remarquablement intéressant. Et enfin, il y a ce PTSM, ce projet territorial de santé mentale, créé par décret de 2017, pour lequel j'ai aussi beaucoup d'affection, qui nous permet de faire la liste de l'ensemble des problèmes que l'on doit traiter. En revanche, et s'il y a ici des représentants des CPTS, n'écoutez rien : je vous dis simplement que vous pouvez arriver à faire en sorte que ce soit très utile. Je n'ai aucun doute. Par contre, je peux vous garantir que cela n'a pas été fait pour être utile. Sachez-le. Cela ne vous empêchera pas de le rendre utile. Mais cela a été fait simplement pour occuper les médecins. Vous voyez bien que les textes sur les CPTS peuvent aller de la CPTS où l'on boit l'apéritif deux vendredi soir par mois, où l'on discute un peu, jusqu'à la CPTS qui va s'occuper la permanence des soins, de ce qui intéresse vraiment la population. Vous, cela ne nous empêchera pas de le rendre utile mais comme d'habitude, on a laissé une totale liberté aux médecins. Ce n'est donc pas fait pour être utile pour l'ensemble de la population.

Je termine par trois points : l'impulsion nationale, à l'heure actuelle, est insuffisante. Il n'y a pas de vraie politique nationale, de politiques locales coordonnées relativement homogènes et généralisées. C'est donc très dépendant de votre bonne volonté, de la bonne volonté de l'ARS ou d'autres acteurs. Je ne rêve pas de politique standardisée mais je rêve tout de même de politiques un peu plus homogènes, qui fassent que tout le monde est un peu traité de la même façon. Localement, on peut

«aller vers», prendre l'initiative, et vous le faites tous les jours. Continuez! Il n'y a pas de politique nationale clairement et suffisamment affirmée. Par contre, vous pouvez tous les jours prendre des initiatives. C'est une bonne nouvelle. Mais enfin, il faudra que nous soyons capables de persuader les pouvoirs publics de faire en sorte que tout ceci devienne une politique plus homogène sur l'ensemble du territoire.

Pour conclure, je citerai Michaux, le poète, pour les soirs où vous désespérez. Cela peut arriver de temps en temps. Il nous dit: «*ne désespérez jamais. Faites infuser davantage*». Donc laissez l'infusion se faire...

TABLE RONDE

» Arnaud Wiehn,

vice-président de Fabrique Territoires Santé
et chargé de projets et d'ingénierie en promotion de la santé
à l'Ireps de Nouvelle-Aquitaine

Je veux remercier en premier lieu les binômes d'animateurs et animatrices, qui ont eu la charge d'organiser, d'animer, de contenir toutes ces productions, d'essayer de faire quelque chose de cette richesse, à la fois pour cette restitution, cette table ronde, et, au-delà, pour le dossier ressource qui sortira dans quelques semaines. Nous voulons croire que toute cette richesse transparaîtra pleinement dans ce dossier ressource.

Je remercie les participants et les participants de la table ronde. Je vous propose de vous présenter au fur et à mesure de vos prises de parole.

Notre idée est la suivante. Nous allons restituer un atelier. Nous avons demandé à un grand témoin, qui était présent lors de l'atelier, de restituer celui-ci, c'est-à-dire ce qui a été transmis par le groupe et les animateurs, et également, de rebondir, ce que nous avons appelé «une note d'étonnement»: quelle réaction face à ce qui a été produit lors de l'atelier? Je tendrai ensuite le micro à certaines et à certains pour réagir: ce n'était pas votre atelier, et nous aimerions savoir comment vous vous y retrouvez, ou non, dans ce qui a été dit et aussi, dans ce qui n'a pas été dit. Nous balaierons ainsi les trois ateliers. Tout le monde aura l'occasion de parler, parmi nos participants à la table ronde, et ensuite, nous aurons un temps d'échange avec la salle, si cela vous convient.

Je vous propose de commencer par l'atelier 3, qui évoquait les plus-values des dynamiques coordonnées. C'est Michel Laforcade, ex-directeur général de l'ARS de Nouvelle-Aquitaine, que je ne présente plus parce que vous avez pris la parole, ce matin, qui va restituer l'atelier et donner son avis sur ce qu'il a entendu et peut-être, sur ce qu'il n'a pas entendu. Merci.

ATELIER 3

QUELLES SONT LES PLUS-VALUES DES DYNAMIQUES COORDONNÉES ?

» **Michel Laforcade**

ex-directeur général de l'agence régionale de santé d'Aquitaine

Je propose de restituer cet atelier en trois points : premièrement, les atouts et la plus-value des coordinations, deuxièmement, les limites et troisièmement, les points de vigilance. Il y aura un petit feu d'artifice final autour de quelques propositions utopiques mais fort intéressantes.

S'agissant des atouts et plus-values des coordinations, elles permettent l'interconnaissance des acteurs et de leurs compétences et des échanges de pratiques. Elles permettent de mieux répondre aux besoins de la population, de décrypter les signaux faibles et, d'une façon, elles jouent le rôle d'observatoire de terrain, de veille et d'alerte. Cela permet l'interconnexion avec les autres politiques publiques. La fonction de laboratoire d'alerte, notamment, permet de lutter contre la surdité des décideurs : comme je suis sourd, je n'ai pas compris à qui cela s'adressait... En tout cas, cela permet de lutter contre la surdité des décideurs.

Venons-en maintenant aux limites. Rien de ce que je vous dis ne m'a étonné. Je vous livrerai après, au titre du rapport d'étonnement, les quelques points qui m'ont étonné, la plupart du temps, positivement, d'autres un peu moins.

S'agissant des limites, là, vraiment, rien ne me paraît très étonnant. Tout ceci me semble correspondre à la réalité que vous vivez : l'instabilité des personnels, des moyens financiers variables d'une structure à une autre, un succès trop souvent lié à des relations interpersonnelles, le manque de soutien au quotidien, une évaluation parfois inadaptée, des compétences à renforcer chez les professionnels de la coordination, l'influence variable du politique, une mauvaise compréhension, parfois, du rôle des coordonnateurs, des méthodes projet qui ne sont pas toujours partagées... Un point d'interrogation : y a-t-il une réelle volonté des institutions pour avoir une vision partagée ? La question de la légitimité de l'autorité est revenue à plusieurs reprises. Ont aussi été soulevés des enjeux de pouvoir, des représentations différentes, des institutions qui se désengagent non pas de la coordination mais du travail de terrain, en particulier les ASV, qui semblent moins soutenus et qui ont disparu sur certaines parties du territoire.

Dans les points de vigilance, je note le partenariat élus – ARS, qui est un combat permanent, au sens positif du terme, un combat très amoureux, mais un combat tout de même. Je relève le manque de valorisation de la fonction, la nécessité de sensibiliser les acteurs aux vertus de la coordination, de veiller à la place de l'usager et d'avoir des priorisations et des critères de priorisation. Quelqu'un a cité un CLS avec plus de 50 priorités. Peut-on encore appeler cela des priorités ?

Je vais vous dire maintenant ce que j'ai été étonné d'entendre, la plupart du temps positivement, au titre des atouts et de la plus-value. C'est d'abord l'innovation qui émerge grâce à ces institutions, ces organisations locales. J'ai trouvé particulièrement intéressant de penser aux ateliers santé ville, aux CLS, aux CLSM et pourquoi pas, aux DAC, comme des instances d'innovation. C'est le cas ici ou là et je pense qu'il est très intéressant de les voir ainsi. Quelqu'un a évoqué la neutralité que vous représentez. Je n'y avais pas pensé. C'est pour cela que cela m'a étonné. Pourtant, un fonctionnaire est très sensible à la neutralité. Un lieu neutre, d'une certaine façon, un tiers lieu, c'est très intéressant, cela aussi. Je pense qu'en termes de valeurs de ce type d'institutions, c'est particulièrement important.

Il y a quelque chose que j'ai été étonné d'entendre, mais nous nous en sommes expliqués. C'était une métaphore d'un philosophe. Nous allons donc le prendre comme une métaphore philosophique, c'est-à-dire très intéressante, mais ne correspondant pas forcément toujours à la réalité. Au bout d'un moment, le coordonnateur, on ne le voit plus ou on ne le voit pas. Il faut retenir l'image et à ce titre-là, je suis tout à fait prêt à la retenir. Mais j'avais une conception plus visible du coordonnateur.

Toujours dans le même registre, celui de ce que je ne suis pas étonné d'avoir entendu, il y a la poussée sur le territoire pour créer de plus en plus de CLS et de CLSM. Je trouve cela remarquablement intéressant. Moi qui étais un fanatique de ces institutions, de même que des ateliers santé ville – mais qui sont plus anciens –, je suis très heureux de voir les chiffres qui ont été donnés : une multiplication par deux, en trois ou quatre ans, dans une région. Tout ceci est de très bon augure. Si cela continue à ce rythme, cela signifie que cela répond à un besoin et que nous ne serons pas, comme trop souvent, dans les expérimentations sympathiques, parfois évaluées positivement, mais qui vont rester pendant cinquante ans des évaluations évaluées positivement. C'est très intéressant.

Par ailleurs, quelqu'un a osé dire, avec beaucoup d'aplomb, et je suis sûr qu'il a ou qu'elle a raison – je ne sais plus qui c'était –, que les villes qui ont un CLS ont manifestement un temps d'avance sur la question du traitement de la santé. Cela aussi, c'est très intéressant. C'est presque une étude épidémiologique en double aveugle : ceux qui l'ont fait et ceux qui ne l'ont pas fait, cela ne m'étonne pas que vous vous autorisiez à dire que l'on voit tout de suite la différence. Il y a quelque chose de l'ordre de l'acculturation, de l'appropriation, qui est vraiment très intéressant.

« Il n'y a pas de pilotage national ni de planification ». Je ne suis pas étonné de l'avoir entendu. Je crois que cela correspond largement à la réalité. C'est dommage. Nous devons appeler de nos vœux un autre contexte mais en tout cas, ce n'est pas franchement étonnant.

Enfin, ce que je suis étonné de ne pas avoir entendu, ce ne sont finalement que trois points. D'abord, ce que je suis étonné de ne pas avoir entendu plus souvent : la question des moyens financiers n'a été effleurée que par deux groupes sur quatre. Je ne dis pas que cela me réjouit : cela ne me réjouit pas. Je pense que vous devriez avoir beaucoup plus de moyens, comme toute la santé publique et comme toute la prévention, et sortir de cet état qui vous situe entre 1 et 2 % sur l'ensemble de ce qu'est la santé publique et la prévention dans les dépenses de santé. Ceci étant dit, je me suis fait traiter, pendant toute ma carrière, de curé et de bonne sœur laïque. Il paraît que nous sommes tous des curés et des bonnes sœurs laïques, que nous portons cet héritage et que nous ne sommes pas assez révolutionnaires. Ce constat étant posé, il va falloir que cela change. Ce serait bien, si cette situation changeait. Voilà pour les questions financières.

Un seul groupe, et cela me désole davantage, a parlé de la place des usagers, un seul groupe sur quatre ! Quand on sait, en même temps, que ceci est vraiment au cœur de vos convictions, de vos pratiques, s'il y a bien un domaine où il faut créer dans l'alliance thérapeutique, où il faut « faire avec », où il n'y a pas d'autre solution que d'agir ainsi, il est étonnant que cela ne fasse pas partie à la fois des choses que vous mettez en avant et des choses dont vous souhaiteriez qu'elles se développent. Parce que dans ce domaine, nous avons tout de même beaucoup de retard par rapport à certains pays.

Dernier point : personne n'a évoqué la question des études d'impact. Lorsque l'on est à l'échelle d'une commune, d'une petite partie d'un département, c'est l'endroit idéal pour embarquer, si possible, toutes les

décisions autour de la notion d'étude d'impact en santé. « Monsieur le Maire, vous voulez refaire la place Duchmol. Ce serait bien de faire une étude d'impact avant de la refaire. Quel sera l'impact pour la santé de la population ? » J'étais à Poitiers il y a quelques jours. « Madame la Maire, vous allez refaire tout le quartier de la gare à Poitiers. Il serait bien, tout de même, de faire une étude d'impact, de savoir comment, pour la santé de la population, on peut en faire quelque chose de très favorable. C'est une façon d'embarquer les urbanistes, d'embarquer l'ensemble des gens concernés par ce nouveau dispositif. » À cet égard, je crois vraiment que nous devons avoir en tête la richesse de ce type de décision, simplement parce qu'il est consubstancial à la philosophie d'un CLS que de dire : « il faut créer de la santé dans toutes vos décisions politiques ». Et précisément, revisiter un quartier, revisiter une école, c'est l'occasion ou jamais de se poser les bonnes questions en matière d'étude d'impact pour la santé.

Merci à vous.

➤ **Arnaud Wiehn**

vice-président de Fabrique Territoires Santé et chargé de projets et d'ingénierie en promotion de la santé à l'Ireps de Nouvelle-Aquitaine

Merci, Michel Laforcade, pour cette restitution et pour toutes ces pistes de réflexion. Merci de nous avoir livré votre opinion et ce que vous avez ressenti à l'occasion de cet atelier.

Je vais maintenant demander à Thibault Mutel, qui est chef du service de la santé et de l'autonomie de la Ville et de l'Eurométropole de Strasbourg, de réagir.

Lorsque nous entendons tout cela, nous pouvons nous demander si c'est une chance, une opportunité, pour des élus, pour une collectivité, que de se lancer dans une coordination. Tout ceci a quand même l'air encore très flottant, très chaotique. Cela nécessite d'être soutenu. Cela requiert peut-être un pilotage national, etc.

J'aimerais vous entendre, à l'échelle de votre collectivité, puisque la métropole et vos services avez maintenant de l'expérience : vous avez signé la troisième génération du contrat local de santé et que vous avez décliné des ateliers santé ville. Nous aurons l'occasion d'en parler. J'aimerais que vous nous donniez votre avis en tant que technicien chef de service

mais je voudrais aussi savoir, selon vous, quelles sont les visions et quels sont les desiderata des élus sur les coordinations et les dispositifs dont nous avons parlé.



Thibault Mutel,

chef du service de la santé et de l'autonomie de la Ville et de l'Eurométropole de Strasbourg

Effectivement, à la Ville et à l'Eurométropole de Strasbourg, nous en sommes à la troisième génération des contrats locaux de santé. Je dis «des» contrats parce que nous en avons deux. Nous avons deux démarches, l'une sur la ville et l'autre sur la métropole, qui s'appuient sur des compétences différentes. Nous avons une spécificité, à Strasbourg : nous avons une administration fusionnée depuis les années 1980. Nous sommes donc tous des agents de la Ville et de l'Eurométropole, ce qui permet aussi d'être le plus intégré possible. C'est l'objectif, en tout cas, de cette administration fusionnée. Nous avons poussé un peu plus cet objectif d'intégration lors de cette troisième génération, puisque nous avons un contrat local de santé sur la Ville et sur l'Eurométropole. C'est peut-être un petit détail, mais cela montre le souhait de cette transversalité, la volonté d'englober plus largement les objectifs de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé sur plusieurs thématiques mais aussi sur plusieurs territoires, donc en sollicitant plusieurs compétences de façon intégrée, avec certaines actions qui s'inscrivent plus dans le champ de la Ville et d'autres qui s'inscrivent davantage dans des compétences de l'Eurométropole que n'a pas la Ville de Strasbourg. Cela permet de décloisonner, de faire lever des barrières, avec néanmoins des clauses de compétence qui sont complexes. Je n'entrerai pas dans le détail mais de temps en temps, il faut savoir composer. Sur certaines thématiques, on peut davantage mobiliser des compétences de la Ville et des habitudes de partenariat, des dynamiques partenariales de la Ville, et sur d'autres, plutôt des compétences et des dynamiques de la Métropole. Tout cela pour dire que l'enjeu est effectivement de décloisonner.

Nous avons une continuité, puisque c'est la troisième génération, mais pour autant, et particulièrement avec ce travail de renouvellement avec l'Agence régionale de santé du Grand Est, nous avons vécu en quelque sorte un changement de braquet de la part de cette dernière. En effet, nous vivions jusqu'à présent le CLS comme un outil de co-pilotage dont l'objectif partagé était la lutte contre les inégalités sociales et ter-

ritoriales de santé. Cet objectif partagé n'est plus affiché de la sorte par l'ARS qui place le CLS plus comme un outil de déclinaison du PRS sur le territoire, en faisant moins valoir la co-construction. Cela nous place parfois dans la situation un peu désagréable de nous sentir comme un opérateur, et non comme une force de frappe, de négociation, de partenariat pour nous mettre tous autour de la table avec un diagnostic et des objectifs que nous partageons en vue d'être plus efficaces et plus efficents ensemble. Je voulais rebondir sur deux choses que vous disiez.

Lors de la signature officielle de cette génération du contrat local de santé, un référent de l'ARS du siège est intervenu et a pris la parole pour nous indiquer que seulement 20% de l'état de santé d'une population était expliqué par le soin et qu'il y avait 80% que nous pouvions faire. L'enjeu du CLS est aussi d'intervenir sur ces déterminants de santé, justement. Mais finalement, dans la réalité, nous avons dû négocier chaque projet, chaque fiche action, chaque axe. À ce sujet, je laisserai Maud intervenir, puisque c'est elle qui avait le plus les mains dans le cambouis. Mais il a fallu les négocier parce que l'ARS avait besoin d'un cadre très formalisé pour les faire passer dans le CLS. Nous étions dans une phase de stabilisation des fiches actions, en allant jusqu'au financement, sans quoi cela ne pouvait pas passer : cela ne pouvait pas être inscrit dans le CLS. Et pourtant, lors de la signature officielle, nous avons eu ce discours invitant à investir davantage le champ de la prévention, sans pour autant qu'il y ait une mobilisation financière suffisante de la part des services de L'Etat sur les actions innovantes en vue de structurer l'action en santé publique sur les territoires

La deuxième chose sur laquelle je voulais rebondir et qui m'a parlé, c'est que je suis assez séduit par l'idée qu'un CLS ou un atelier santé ville, soit un outil d'innovation territoriale. C'est là qu'il est difficile d'avoir un cadre commun, effectivement, que nous pourrions tous partager, puisque, et je l'ai bien ressenti dans l'atelier auquel j'ai participé, cela dépend beaucoup du territoire, des relations, des habitudes, du tissu associatif sur lequel on peut s'appuyer, avec lequel on peut dynamiser, accompagner des logiques institutionnelles de notre collectivité ou d'autres institutions avec lesquelles nous travaillons. Il y a une, dans les collectivités territoriales, capacité d'initiative, d'innovation, une réactivité, qui a d'ailleurs beaucoup été au rendez-vous pendant le Covid, où nous avons été capables de faire des choses très rapidement pour répondre à un besoin qui émergeait du jour au lendemain.

☰ Arnaud Wiehn

Y a-t-il un avant et un après-Covid, notamment du point de vue des élus? Vous parliez de la réaction à la crise sanitaire, de l'organisation. J'imagine qu'il a fallu se remettre à commander, à produire, à relayer des masques, mais cela ne se résume pas à cela. On sait toutefois que c'est l'une des premières demandes des pouvoirs publics, puisque les collectivités avaient aussi cette capacité de les distribuer, de faire de la médiation sociale et de garder le contact avec le public. Y a-t-il un avant et un après du point de vue des élus?

☰ Thibault Mutel

Oui, je dirai qu'il y a un avant et un après. Dans notre collectivité, notre élu à la santé en est à son troisième mandat. Nous avons l'habitude de le voir. Et effectivement, il y a eu un début et un avant avec lui, mais un début et un avant au sein de l'exécutif, sur le nouveau mandat, où il y a eu une prise de conscience générale, qui était déjà portée en amont de la crise sanitaire par l'équipe en place, mais qui a été fortement relayée après la crise sanitaire, sur la nécessité d'avoir une approche globale de la santé et de ses déterminants, donc avec des approches très transversales, où la santé est inscrite dans beaucoup de planifications, de programmations, d'actions qui ne concernent pas que la santé. Par conséquent, nous avons finalement réussi, peut-être aussi grâce au Covid, à avoir cette lumière qui a été faite sur les enjeux de santé dans les autres politiques publiques, avec cependant aussi le risque de diffuser des informations et d'utiliser la santé comme un marqueur d'affichage un peu fort. En effet, nous avons clairement été dépassés par l'ensemble des demandes des autres collègues des autres directions. Nous avons eu du mal à suivre. Nous ne sommes pas suffisamment nombreux, dans l'équipe, pour accompagner correctement l'ensemble de ces démarches, pour acculturer, parce que ce n'est pas seulement en mettant «santé» dans un programme d'actions que cela répond aux besoins de la population que nous avons identifiée.

Ce que cela a également changé, et je l'évoquais dans l'atelier auquel j'ai participé, c'est le sentiment, en tout cas sur notre territoire, d'un repli institutionnel des différentes structures avec lesquelles nous avions l'habitude de travailler, avec lesquelles il était plus simple, auparavant, d'avoir des engagements partagés. Ils sont désormais plus difficiles parce que tout le monde veut «faire de la santé», que tout le monde veut s'investir. Ce n'est pas simplement pour l'afficher: il y a une vraie préoccupation de beaucoup d'institutions d'intervenir sur des enjeux de santé et de promotion de la santé.

⇒ Arnaud Wiehn

Cela coïncide avec le repli institutionnel dont parlait Michel Laforgcade. On attend peut-être plus des institutions et des collectivités qu'elles soient présentes sur le terrain et fassent le lien avec les opérateurs associatifs.

Merci, Thibault Mutel. Je vais passer la parole à Marina Honta, qui est sociologue et partenaire de la Fabrique depuis maintenant quelques années. Nous avons le plaisir de nous connaître par ailleurs, Marina et moi. Je te laisse la parole pour restituer l'atelier 1 et aussi pour nous livrer tes impressions à la suite de tous ces échanges.

ATELIER 1

COORDONNER, DE QUOI PARLE-T-ON? (ACTIVITÉS, DÉMARCHES, ÉCHELLES, MÉTIERS...)

» **Marina Honta,**
sociologue, enseignante-chercheuse, Université de Bordeaux

Pour essayer d'être fidèle, d'abord, à la richesse des échanges qu'il y a eu dans cet atelier 1 sur ce à quoi renvoie pour les participant.e.s l'action de « coordonner », je vais introduire un certain nombre de recommandations pour aller vers un « aller mieux » qui ont été faites, recommandations qui d'ailleurs, sont presque un plaidoyer pour une meilleure action locale de santé. Ce plaidoyer est composé, à dessein, d'un certain nombre d'idéaux. Mais on peut aussi vivre pour rêver. On ne sait jamais, cela pourrait finir par arriver.

Avant de présenter ces recommandations et ce plaidoyer, je voudrais dire que cet atelier était composé de coordonnateurs d'ASV, de CLS, de CLSM, mais également de représentants d'agences régionales de santé, de professionnels, de représentantes et de représentants du secteur associatif, ce qui n'est pas neutre, et également, de collègues qui nous faisaient le plaisir de venir d'autres pays, en l'occurrence, la Belgique, et qui sont également mobilisés dans ce travail de coordination.

Pour introduire ces recommandations, elles doivent d'abord être mises en contexte de la façon suivante: nous avons été en présence de participants et de participantes qui se demandent, aujourd'hui, comment dompter la complexité institutionnelle, organisationnelle, la rigidité de plus en plus forte des règles du jeu et notamment, celles liées à l'obtention des financements. Comment dompter aussi la méconnaissance de ce que l'on entend encore localement par « santé », la méconnaissance des dispositifs, ASV, CLS et autres, et comment dompter enfin l'incertitude que l'on doit beaucoup au fait qu'une action locale de santé est liée à des « personnes dépendantes », des « territoires dépendants », et que tout ceci peut changer relativement vite quand ces personnes partent, quand des territoires fusionnent pour devenir de grandes régions, de grandes intercommunalités. Ceci a été le fil rouge, je crois, de notre atelier. Finalement, ces coordonnateurs et coordonnatrices ont toujours l'impression, à l'heure actuelle, de participer à la mise en œuvre de politiques de santé qui, dans cette complexité, dans cette méconnaiss-

sance, dans cette incertitude, restent encore des politiques territoriales de santé considérées comme symboliques, d'affichage, d'opportunité, faites d'une addition parfois de projets « *one shot* » et également, des politiques territoriales de santé circonscrites à la question, voire à la seule question, parfois, de l'accès aux soins, en oubliant et en obérit tout ce qui relève de la prévention et de la promotion de la santé, alors même que c'est bien là que ces collectivités territoriales et intercommunalités possèdent les compétences, elles, pour agir sur tous les déterminants de la promotion de la santé.

Mon ressenti, mais je ne crois pas qu'il soit très personnel ou qu'il s'agisse là d'un jugement de valeur, est que tout ceci explique le découragement, parfois, l'épuisement de ces coordonnateurs, de ces acteurs territoriaux, quels qu'ils soient, d'ailleurs, dans cet atelier, et le grand *turnover* de ces fonctions et personnes. C'est aussi ce *turnover* qui ajoute à l'incertitude que j'évoquais tout à l'heure, aux formes exprimées d'instabilité de ces politiques de santé territoriales. Pris dans ces formes de découragement, d'épuisement, ces acteurs locaux ont le sentiment qu'ils pourraient faire un meilleur travail que celui qu'ils effectuent.

C'est dans ce cadre qu'un certain nombre de recommandations – je parlais de « *plaidoyer* », tout à l'heure, mais je vais rester sur les « recommandations » – ont été faites. Celles-ci, visent à faire un pas de plus dans la construction d'une culture commune en matière de santé sur les territoires, une culture commune pour mieux faire ensemble, mieux faire alliance et donner sens à une action locale de santé qui embarque la pluralité des parties en présence, et tout particulièrement l'usager – cela fait écho aux propos de Michel Laforcade –, dans une dynamique de démocratie participative. Mais pas nécessairement l'usager expert, sur-doté en capital relationnel et culturel; l'usager plus invisible, que l'on n'entend jamais parce qu'il a peur, parce qu'il a honte de s'exprimer, et finalement, l'usager qui ressent aussi les vrais besoins, ceux que l'on voit mal, ceux que l'on voit peu.

Voici ces recommandations. Pour fabriquer cette culture commune à l'échelle locale qui fasse un peu plus sens, il faudrait commencer par poursuivre ce travail de titan qui consiste à sensibiliser, à acculturer les élus, les cadres territoriaux, les partenaires avec qui l'on travaille sur ce que veut dire « faire de la santé publique ». Faire de la santé publique, ce n'est pas seulement organiser des conditions d'accès aux soins, même si l'agenda politique national tourne autour de l'exercice coordonné des professionnels de santé et même si l'agenda politique national cible la lutte contre la désertification médicale. Il ne s'agit pas pour moi d'être

infidèle à ce qui a été dit et d'affirmer que ceci ne compte pas, n'est pas important. Loin s'en faut. Il s'agit de dire que faire de la santé publique, ce n'est pas que cela, et qu'il y a lieu de répéter ce qu'est la promotion de la santé, parce qu'à l'échelle locale, les élus locaux ne savent pas tous, les cadres territoriaux ne savent pas tous, les directeurs généraux des services ne savent pas tous que les collectivités publiques, les intercommunalités ont compétence obligatoire en matière de déterminants sociaux et environnementaux de la santé, autrement dit de logement, d'urbanisme, de voirie, de mobilités, et j'en passe. Ce n'est pas à vous que je vais apprendre cela. Travailler un peu plus, acculturer un peu mieux à ces déterminants sociaux et environnementaux de la santé, c'est aussi remettre au centre du débat, au centre de l'enjeu, la question de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, qui n'est pas nécessairement la focale à travers laquelle sont conçues les politiques territoriales de santé. Et pourtant, il y a des leviers.

Ceci renvoie aussi au fait que l'action dans la transversalité pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé à travers les leviers que sont les compétences obligatoires des collectivités territoriales et des intercommunalités, certes progresse, mais qu'il y a encore des réflexes très défensifs de collègues qui ont l'impression que l'on va aller, je cite, «leur piquer dans l'assiette». Il y a encore ces réflexes sectoriels et corporatistes là, ces routines et codes professionnels sur lesquels bute l'action inter-sectorialité. Mais il peut également y avoir des progrès, et je l'ai perçu ainsi, des territoires dans lesquels les élus ont pris la mesure de ce que peut être «la santé dans toutes les politiques». Les territoires sont à nouveau là avec cette capacité d'impulsion du changement. De la santé dans toutes les politiques mais à condition que finalement, il ne s'agit pas d'en rester à une juxtaposition de projets de santé portés par chaque service en silo, de manière cloisonnée et isolée. Nous l'avons entendu, ceci suppose aussi de prévoir tout un travail de mise en sens de cet engagement de la collectivité ou de l'intercommunalité quand est prise au sérieux cette dynamique qu'est «la santé dans toutes les politiques publiques». Oui, cet engagement constitue un vrai pas en avant, mais encore faut-il, là encore, coordonner le tout.

Parmi les recommandations, il y a également, et vous verrez que cela va de pair avec ce qui vient d'être dit, celle consistant à mieux informer, mieux communiquer, mieux «faire preuve», au bout du compte, de pédagogie. J'ai senti des acteurs locaux qui ont la volonté d'être eux-mêmes mieux outillés, mieux accompagnés pour ensuite, mieux accompagner à leur tour acteurs collectifs de terrain et usagers. Cela passe peut-être par

des outils tels qu'un répertoire des acteurs en présence pour savoir qui contacter, quand, qui l'on peut solliciter pour savoir si chez l'un, il n'y a pas «une bonne pratique» ayant été éprouvée, comment d'autres ont levé telle difficulté, donc pour savoir qui l'on peut contacter, pourquoi et comment. Il faudrait travailler également ici le fond et la forme des informations. Pour être un peu plus précise, la proposition a été faite de s'efforcer, quel que soit l'acteur en présence, le coordonnateur, l'élu, le directeur ou la directrice du service, lorsqu'il y a une présentation d'un projet sur le territoire, d'une action en santé sur le territoire, de remettre systématiquement en contexte cette action et ce projet pour fabriquer de la connaissance collective sur ce qu'est l'ASV, sur ce qu'est le contrat local de santé, le conseil local de santé mentale, pour acculturer collectivement associations, partenaires et habitants à ces dispositifs, à ces logiques d'action.

La troisième recommandation porte sur le fait de revendiquer une meilleure lisibilité et une meilleure sécurisation des financements, des ressources et des capacités d'action, avec des logiques, dominantes, aujourd'hui, de financement des projets par les appels à projets qui poussent finalement les financeurs à valoriser les acteurs locaux pour ce qu'ils font en oubliant ce qu'ils sont, leur ADN, leur cœur de métier. À cette logique-là, outre cet effet pervers d'oublier le cœur de métier de ces acteurs locaux, s'ajoute la contrainte des calendriers de réponse aux appels à projets, qui sont beaucoup trop courts pour pouvoir construire dans l'échange, dans le dialogue, une réponse qui fasse sens et où si l'équipe est lauréate, les acteurs l'ont dit ainsi, il faudra construire le sens après, dans le meilleur des cas. Parmi les idéaux qui sont remontés de ces revendications et de ces recommandations, il y a, quelque part, je vais l'exprimer ainsi, la volonté de pouvoir disposer d'une sorte de guichet unique où l'on aurait une vision un peu exhaustive de ce que l'on pourrait obtenir, par qui, pourquoi et comment. Mais en faisant un petit pas de côté par rapport à cet idéal, il y a aussi une volonté que l'on en revienne un peu plus au mécanisme des conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens (CPOM), plus sécurisantes que ces appels à projets.

Enfin, tout ceci renvoie au fait que ces acteurs locaux qui participaient à cet atelier aimeraient bien se voir dotés de conditions de travail collectif un peu plus sereines. Voilà un autre idéal... Ces conditions de travail collectif un peu plus sereines, ce sont des conditions de travail où un coordonnateur se verrait confier une coordination de l'ASV, du CLS. Pour moi, cela relève de l'idéal, mais cela suscitera débat. Ce sont aussi

des conditions de travail où l'on ne serait plus tenté de sur-solliciter toujours les mêmes acteurs et les mêmes opérateurs parce que ce sont eux que l'on connaît à peu près bien, voire très bien, que ce sont eux avec lesquels on a des routines de travail, et où l'on aurait un peu plus le temps d'aller faire la connaissance d'autres catégories d'acteurs, d'opérateurs, de partenaires que l'on voit mal, que l'on ne connaît pas mais qui, pourtant, mènent certainement des actions qui font aussi pleinement sens.

Pour conclure, vous l'avez entendu, tout ceci nécessite du temps, du temps, du temps et du temps. Et le temps des calendriers de réponse aux appels à projets n'est pas le temps du calendrier du mandat politique. Ce n'est pas le temps du PRS de l'ARS, ce n'est pas le temps de l'agenda politique national. Il est donc encore loin, cet idéal de ce que pourrait être l'action locale de santé, et il suppose encore, en tout cas, c'est ainsi que je l'ai entendu, beaucoup de résistance et de patience de la part des acteurs professionnels qui agissent au quotidien sur ces questions.

Arnaud Wiehn

Merci beaucoup, Marina, pour cette restitution riche et pour tous ces chemins de traverse, tous les sujets qui ont aussi été soulevés à cette occasion.

Je vais proposer à Mathilde Couderc de rebondir. Je vais d'abord vous présenter. Vous êtes coordinatrice d'un contrat local de santé et d'un conseil local de santé mentale au sein du Grand Quercy, qui est un territoire plus rural. C'est bien : nous avons tout de même une diversité de collectivités et de représentations.

Déjà, est-ce que ce qui a été dit là vous parle ? La question de conférer formellement une coordination et des missions de coordination a été posée. Est-ce qu'à votre échelle, ce que vous aviez à coordonner vous a été stipulé ? Et dans les faits, y a-t-il un delta entre d'une part, ce qu'imaginent des financeurs, des élus, des services qui acquièrent, qui organisent l'animation d'un atelier santé ville, d'un contrat local de santé et d'un conseil local de santé mentale, vous concernant, et la réalité, d'autre part ? Et notamment, avec le fait qu'en premier lieu, il faut peut-être développer une culture au sein des services de la collectivité concernée ?

⇒ Mathilde Couderc,

coordinatrice de CLS et de CLSM, Pôle d'équilibre territorial et rural Grand Quercy

Bonjour à tous. Je vais me présenter rapidement mais déjà, pour rebondir, ce qu'il est intéressant de savoir, c'est que je n'avais aucun interlocuteur, en termes d'élus, en tout cas, en charge de la santé. C'est peut-être une spécificité dans un territoire rural. Ce sera discuté.

Je suis coordinatrice depuis cinq ans d'un contrat local de santé et plus récemment, depuis un an, d'un conseil local de santé mentale, dans un territoire que l'on peut dire rural, en effet, avec la spécificité qu'à l'échelle d'un PETR, c'est le plus grand CLS d'Occitanie. Ce sont sept collectivités, 148 communes et 94 000 habitants. En termes d'organisation, il s'agit de six collectivités rurales et d'une agglomération au milieu, avec un seul quartier prioritaire de la ville, qui n'a plus d'ASV depuis 2019

Tout cela pour dire que la première question que je me suis posée a été de savoir comment j'allais travailler sur ce vaste périmètre. Mon premier réflexe a été d'essayer d'identifier les élus référents à la santé ou à l'action sociale avec lesquels je pouvais travailler, qui pouvaient être mes interlocuteurs. En fait, il n'y en avait pas. L'une de mes tâches les plus importantes, au cours des premières années, a été d'encourager les collectivités à se structurer sur cette thématique de la santé, déjà tout simplement pour que nous puissions travailler ensemble et pour que je puisse recueillir les besoins et les attentes. Il faut savoir que sur ces sept collectivités, il y en a seulement deux qui ont pris la compétence en matière de santé, et si elles prennent cette compétence, c'est uniquement sur des questions d'ordre d'accès aux soins. C'est parce que ces collectivités ont des projets d'équipements en santé, en l'occurrence des projets de maisons de santé pluri-professionnelles ou de centres de santé. Au départ, vraiment, leur motivation était uniquement celle-là. Leur sollicitation pour le CLS étant de savoir quelles aides financières elles vont pouvoir mobiliser pour faire ce projet. Toute l'approche du CLS a donc consisté à leur faire également entrevoir tout ce qu'elles pouvaient mettre en place sur leur territoire en matière de prévention et de promotion de la santé.

Ensuite, il y a toute la démarche du contrat local de santé pour faire un peu changer la focale, déjà en essayant d'associer un minimum les professionnels de soins et de santé du territoire, dès lors qu'il y a un projet d'équipement en santé. Il y a également tout le travail qui vise

à recueillir les points de vue des uns des autres, bien entendu, par rapport à ce projet: est-il cohérent? Répond-il vraiment aux pratiques des professionnels de soins, aux habitudes de travail qu'ils ont ensemble, qui sont préexistantes ou non? C'est aussi de mettre tout le monde au même niveau d'information. Nous avons par exemple une MSP où nous avons de l'exercice coordonné. Il s'agit donc vraiment de travailler sur ces représentations et souvent, de déconstruire un peu les représentations qu'ont les uns et les autres de l'exercice coordonné. Je suis partie sur des choses très concrètes, très quotidiennes, mais pour dire que sur mon territoire, pour pouvoir vraiment travailler au service et des élus et des habitants, il a d'abord fallu avoir ces interlocuteurs, faire en sorte que les collectivités s'organisent et qu'elles mettent en place des commissions de santé en interne. Avec ces commissions de santé, le CLS peut s'appuyer sur cette instance pour aller recueillir les points de vue et voir comment le CLS peut effectivement être une plus-value pour eux, comment il peut les accompagner. Mais c'est très récent.

» **Arnaud Wiehn**

On voit bien qu'il y a eu un tropisme ou un intérêt sur la démographie médicale. On sait combien l'offre de soins est problématique, en milieu rural – mais d'ailleurs pas uniquement un milieu rural, puisque dans les grandes agglomérations qui ont des quartiers prioritaires, il y a aussi de grandes disparités d'offre de soins. C'est en tout cas peut-être ce qui a amené les élus à se saisir des opportunités que représentent le CLS et CLSM. Est-ce que dans ces espaces que vous avez construits, ou dans d'autres espaces, d'ailleurs, vous avez réussi ou non à injecter ce qui était évoqué par Marina, c'est-à-dire le fait de faire prendre conscience de la capacité d'agir sur les autres déterminants qui sont les prérogatives classiques des collectivités?

» **Mathilde Couderc**

Oui. Déjà, à travers leur commission de santé, en interne. Ensuite, à l'échelle du Grand Quercy, Il y a une commission de santé qui permet à l'ensemble des collectivités d'échanger, de partager des expériences entre collectivités. C'est aussi une opportunité pour faire venir par exemple la coordinatrice du programme territorial de santé mentale, qui va parler de santé mentale avec eux. Ce sont vraiment des instances de gouvernance que nous avons mise en place au fur et à mesure, juste-

ment dans cette démarche qui vise à sensibiliser, à acculturer les élus au maximum sur ces questions de santé publique. Il ne s'agit même pas de leur faire voir, mais de leur montrer, à travers leurs propres expériences et à travers leur propre projet, qu'il y a de la santé partout.

Il y a par exemple une initiative qui a vraiment été intéressante à mettre en place : nous avons profité de l'organisation de la conférence des maires, une instance qui réunit une centaine de maires, lorsqu'ils sont tous présents pour faire une focale sur la thématique de la santé environnementale. En concertation avec ma DDARS et avec mon directeur, bien entendu, nous avons décidé de prendre une thématique portant sur la santé. Et pour que ce soit une thématique fédératrice, nous avons choisi la santé environnementale. Il fallait absolument que les sujets émergent du territoire. C'était très intéressant parce que plutôt que d'orienter les thématiques dans le chapeau « santé et environnement », nous leur avons laissé carte blanche. Nous les avons laissé faire. Nous avons appelé toutes les collectivités et nous leur avons dit que nous avions fait exprès de ne pas prévoir de lexique avec des définitions toutes faites, que nous voulions vraiment qu'ils arrivent avec leurs propres représentations, pour pouvoir les déconstruire lors de cette conférence des maires.

Les collectivités se sont vraiment saisies de cette journée et nous avons eu des projets qui relevaient vraiment de l'accès aux soins, avec des projets de pôle de santé, mais aussi des projets de collectivités qui avaient vraiment envie de mettre en place des programmes « sport et santé », qui entrent vraiment dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé, des collectivités qui mettaient en place des plans d'action de lutte contre l'ambroisie, qui est une espèce végétale envahissante, qui pose des problèmes sanitaires d'allergie.. D'autres sont venues parler de la façon d'utiliser des produits moins nocifs dans les crèches et dans les Ehpad. Comme ils parlaient entre pairs, c'était beaucoup plus percutant, finalement, parce que lorsqu'ils discutaient de leurs projets, nous étions là pour dire aux élus comment, puisque nous étions là pour parler de santé, à travers un projet de revégétalisation du sol, d'une crèche ou d'une école par exemple, ils pouvaient élargir le spectre des différents services à associer lors de ces réunions. De toute façon, ce que veulent les élus, c'est du concret.

Un autre aspect intéressant a été que nous avons vraiment coconstruit cette journée avec la Délégation Départementale de l'ARS (DDARS), qui s'est vraiment fortement mobilisée. Dans le département du Lot, nous avons une ARS qui est très volontariste pour travailler en proxi-

mité avec les élus. C'est très facilitant. Pour cette journée-là, il y a au moins sept ou huit agents de l'ARS qui sont restés tout l'après-midi. La directrice départementale était là également. Nous étions vraiment dans un échange. Ce n'était pas uniquement une relation entre élus et ARS dans un cadre purement réglementaire, mais vraiment un échange de solutions, avec une écoute des préoccupations des élus et une réactivité dans la réponse que nous leur donnions.

» **Arnaud Wiehn**

Il a donc fallu créer cet espace pour que les élus puissent, en toute confiance, échanger sur ce sujet et également, développer une culture commune avec l'ARS.

Est-ce que cela vous a laissé le temps de faire de la coordination ? L'atelier 1 était aussi là pour répondre à la question : de quelle coordination parle-t-on ? Avez-vous pu procéder à cette coordination auprès des acteurs de terrain, des habitants, des usagers ? Ou est-ce qu'il y a des étapes, une temporalité ? Faut-il commencer par accueillir les services et les élus avant de pouvoir, lorsqu'ils sont dans de bonnes conditions, faire ce travail d'animation et d'articulation des acteurs de terrain ? Y a-t-il deux temporalités ou peut-on tout concilier ?

» **Mathilde Couderc**

J'ai l'impression de faire de la coordination tous les jours, toutes les secondes... C'est possible de le faire en simultané. Cela vous demande beaucoup d'énergie mais c'est possible.

» **Arnaud Wiehn**

Merci beaucoup, Mathilde Couderc, pour votre témoignage.

Je vais passer la parole à ma camarade Sandra Essid, qui est membre du bureau de la Fabrique Territoires Santé, ex-coordinatrice d'un contrat local de santé et d'un conseil local en santé mentale en Occitanie, et qui est l'heureuse maman de la petite mascotte que vous avez peut-être vue ce matin, puisque la militance commence tôt, à la Fabrique... Je te remercie d'être là, parce que je sais que c'était une gageure, et de restituer les travaux de l'atelier 2 : à quoi raccrocher les coordinations ?

ATELIER 2

À QUOI RACCROCHER LES COORDINATIONS? (ÉQUIPES, STRUCTURE, PRÉROGATIVES, TEMPORALITÉS...)

» **Sandra Essid**

membre du bureau de la Fabrique Territoires Santé

Bonjour à tous. Comme dans l'atelier présenté par Marina, nous avons eu une grande diversité de participants et je pense que cela a largement contribué à l'échange entre nous: ARS, CPAM, MSA, beaucoup de coordonnateurs, et tant mieux.

Ce qu'il en est ressorti, au moment de la synthèse, c'est que le cœur de l'enjeu était de fonder la conviction que les collectivités avaient un rôle à jouer en termes de santé publique. Finalement, nous aurions pu creuser chacun des mots qui étaient derrière les parenthèses de l'intitulé de l'atelier mais ce qu'il en ressort, c'est que si l'on revient aux racines des questions que nous nous posons, c'est bien cela qui interroge : les collectivités ont-elles la conviction qu'elles ont un rôle à jouer en termes de santé publique ?

Cela résulte d'un double mouvement. Ce sont à la fois les collectivités qui peuvent s'emparer de ce rôle, et certaines le font. Nous l'avons cité pour l'atelier 1 : elles n'ont pas, à proprement parler, une compétence en santé mais elles ont des compétences sur tout ce qui fait la santé et ont donc toute légitimité pour agir. Certaines s'en saisissent.

Mais c'est aussi le niveau national, qui a un rôle à jouer pour sécuriser et accompagner le développement de ces démarches. Parce qu'il y a du possible, et on le voit avec l'exemple de Mathilde : la démarche s'enclenche et on acculture au fil de l'eau. Mais dans ce possible, il y a aussi un vide, c'est en tout cas ce qui ressortait dans l'atelier, et notamment, au niveau national : le fait de ne pas disposer d'une véritable doctrine. Cette idée n'étonnera pas un grand nombre d'entre vous.

En effet, il manque une véritable doctrine au niveau national concernant les démarches territoriales de santé de manière générale. Celle-ci permettrait, entre autres, de clarifier l'articulation des dispositifs les uns vis-à-vis des autres, de promouvoir l'intérêt des projets que font émerger les démarches territoriales de santé sur le territoire, de mettre en avant de bonnes pratiques... Nous avons cité par exemple de bonnes

pratiques en termes de financement : le fait d'avoir des cofinancements, de les diversifier. On ne pourra pas imposer une façon de faire aux signataires des CLS mais on pourrait au moins la suggérer, c'est-à-dire faire participer plus largement les Régions, les Départements, les Caisses primaires d'assurance-maladie, les CAF, etc., un certain nombre d'acteurs qui ont un rôle à jouer dans ces démarches territoriales mais qui aujourd'hui, ne sont pas convoqués dans une grande partie des comités de pilotage de ces dispositifs.

Nous avons aussi évoqué le fait que ce niveau national avait la capacité de proposer un cadre d'emploi. En deux heures, nous n'avons pas réussi à déterminer quel serait le bon cadre d'emploi pour les coordinateurs mais l'une des propositions, par exemple, était de créer un cadre d'emploi dans la filière médico-sociale. Le niveau national a la capacité d'enclencher cette discussion, qui permettrait de sécuriser les postes et de lutter contre une certaine forme de précarité.

Le niveau national aurait également la capacité de promouvoir une transversalité entre les politiques publiques qu'à ce stade, il n'incarne pas.

Le niveau national pourrait être un soutien à des réseaux qui permettent aux coordinateurs de se réunir. En effet, certains ont cité le fait que participer à des réunions départementales entre coordinateurs, à des réunions régionales ou nationales, comme celle que nous vivons aujourd'hui, constituait vraiment des occasions d'enrichissement pour eux, parce que l'on aura beau imaginer toutes les formes de formation possibles, la diversité des territoires et des pratiques fait que c'est aussi dans l'échange que l'on construit son expérience et ses convictions dans sa coordination.

Ce niveau national a vocation à accompagner les collectivités en leur donnant accès aux données. Nous avons évoqué la question du diagnostic notamment, en faisant l'hypothèse que, si les collectivités locales disposaient de toutes les données qui prouvent que la santé des habitants de leur territoire ne se limite pas à l'accès aux soins, on créerait certainement un contexte beaucoup plus stable pour construire ensuite les démarches.

Nous avons enfin évoqué la question de la sensibilisation et de l'aculturation, dont je constate qu'elle a traversé tous les ateliers.

Il s'agit de rassurer les collectivités locales : il ressort de nos échanges que la conviction que les collectivités ont un rôle à jouer en termes de santé publique peut servir de socle pour dépasser les limites que nous

avons identifiées concernant les coordinations. Et c'est aussi ce qui permettrait de donner les moyens aux élu.e.s donc aux coordonnateurs de se projeter dans la durée.

Il a – à ce sujet – émergé de la discussion qu'il n'y avait pas de durée idéale pour un poste de coordination. trois ans, cinq ans ? Faut-il que ce soient des CDI ? On ne pourra pas le déterminer comme cela. Simplement, on sait qu'il y a un défaut de projection. De toute façon, plus longtemps durera le poste, mieux ce sera. Et si l'on a la conviction que la collectivité a un rôle à jouer dans la santé publique, on pourra aussi donner aux coordonnateurs les moyens de se former.

Nous n'avons pas trouvé la solution sur la place dans l'organigramme, sur le portage idéal, mais c'est normal. Cela ne m'étonne pas.

Ce que nous n'avons peut-être pas eu le temps d'évoquer – je ne pense pas que c'était par manque de volonté mais plutôt par manque de temps –, c'est justement l'interaction entre le niveau politique et le niveau plus institutionnel. Finalement, dans notre discussion, nous avons un peu séparé le tout en disant que chacun avait son rôle à jouer, mais dans cette interaction, nous n'avons pas forcément pu creuser la manière dont une collectivité, l'ARS et l'ensemble des autres partenaires qui peuvent se joindre à la démarche peuvent construire une légitimité locale qui permette aux démarches de durer. Je pense notamment à la question des comités techniques et des comités de pilotage. Nous l'avons effleurée mais nous n'avons pas eu le temps de creuser la manière dont les choses pourraient mieux se passer pour avoir réellement une logique de gouvernance partagée et non une addition de gouvernances séparées. Un des participants a dit quelque chose qui m'a beaucoup parlé : le fait de ne pas être un opérateur de l'ARS mais bien d'être un opérateur de la démarche territoriale de santé.

Nous avons aussi évoqué rapidement la question des outils que l'on donne au coordinateur pour valoriser ces démarches et les ancrer. Nous avons par exemple cité l'évaluation. Est-il possible de faire une évaluation d'impact ? Peut-être pas. Est-il possible de faire une évaluation de processus ? Est-il logique de vouloir évaluer un outil et de ne pas évaluer le projet qui est mis en œuvre par l'outil ?...

...et bien d'autres points que nous aurions sûrement adoré creuser. Mais nous le referons !

॥ Arnaud Wiehn

Merci, Sandra, pour cette restitution et pour cette analyse, notamment sur ce qui reste à travailler et à creuser.

Je vais maintenant interroger Maud Ebstein-Breton. Vous travaillez, comme Thibault Mutel, à la Ville et à l'Eurométropole de Strasbourg, dont nous avons appris que les services étaient fusionnés. Vous êtes coordinatrice du contrat local de santé et d'atelier santé ville, pour quelques jours ou quelques semaines encore, je crois le savoir. Mais vous avez tout de même une grande expérience en la matière.

Je vous invite au même exercice que vos camarades, précédemment : quelles réactions avez-vous, à votre échelle, sur ce qui vient d'être dit et notamment, spécifiquement, dans votre cadre d'intercommunalité, où, ainsi que l'a dit Thibault Mutel, il y a eu des choix, des prises de compétence ou en tout cas, des délimitations, entre l'échelon communal et l'échelon intercommunal, sur ce que portait chacun et ce que chacun était capable de faire ? Comment vous êtes-vous organisés pour arriver à raccrocher une dynamique d'ASV et une dynamique de contrat local de santé ? Avez-vous découpé les dynamiques ? On sait qu'elles ont des temporalités différentes : le contrat local de santé est un contrat en tant que tel et l'atelier santé ville est rattaché au contrat de ville. Tout cela est-il porté au sein des mêmes services ? Comment avez-vous fait pour concilier ce que Thibault a évoqué, c'est-à-dire la question des compétences et des prérogatives communales et intercommunales ?

॥ Maud Ebstein-Breton

coordinatrice de contrats locaux de santé et de l'atelier santé ville à la Ville et à l'Eurométropole de Strasbourg

Je suis coordonnatrice des contrats locaux de santé de la Ville et de l'Eurométropole et coordonnatrice de l'atelier santé ville, qui perdure encore, à Strasbourg. Nous ne nous battons pas mais nous essayons de maintenir le financement à niveau.

J'ai la conviction personnelle que les collectivités ont leur rôle à jouer en la matière. À Strasbourg, nous avons un élu très dynamique et très engagé, médecin lui-même, qui en est à son troisième mandat. Ce n'est pas toujours le cas. Cela permet en tout cas d'avancer plus vite, d'acculter plus facilement les autres élus. Comme il n'est pas à convaincre, il a souvent les arguments appropriés et il est très pragmatique. Je pense que cette volonté politique est nécessaire pour inclure les autres élus et avancer avec eux.

La collectivité a en effet un rôle à jouer. Les ateliers ont montré toute la diversité que recouvre la mission de coordination. Il faudrait peut-être, en effet, une doctrine nationale pour engager des pistes, mais toutes les échelles sont différentes. Je suis sceptique à l'idée que l'État mette des frontières entre CLS, CLSM, atelier santé ville ; en revanche, leur donner des orientations, pour valoriser et légitimer, certainement. Mais les frontières sont à définir en fonction des volontés politiques, si le poste est bien dans une collectivité, bien sûr.

» Arnaud Wiehn

Selon vous, un cadre un peu flottant ou évasif sur ces dispositifs, sur leurs chevauchements, puisqu'il existe peu de choses sur les chevauchements et les obligations de fusionner, ce n'est donc pas une difficulté, à l'échelle de l'Eurométropole.

» Maud Ebstein-Breton

Ce n'est pas une difficulté, mais il faut veiller à éviter trop de juxtapositions entre les instances. Pour moi, la coordination se joue vraiment au niveau de la gouvernance. Nous sortons d'une période de renouvellement des contrats locaux de santé. Ce sont les troisièmes qui viennent d'être signés. Le temps passé à la coordination a été beaucoup plus institutionnel que sur le terrain. Pour ma part, j'ai les deux casquettes. Du fait de ce renouvellement, mon temps a beaucoup plus été consacré au CLS qu'à l'atelier santé ville. Je pense qu'il y a un temps pour tout. Il me semble tout à fait possible de mener cela de front. Le fait d'être positionnée au niveau de la gouvernance pour le CLS et plus sur le terrain pour une animation territoriale dans les quartiers permet d'alimenter l'un et l'autre. Pour moi, cela se complète bien, mais en veillant à éviter les redites et les instances trop nombreuses, parce que c'est des mêmes acteurs que nous parlons. Lorsque ce sont des acteurs institutionnels, ce sont toujours les mêmes personnes qui viennent aux instances. C'est toute la problématique des différents niveaux de gouvernance.

Pour ce qui concerne l'atelier santé ville, plus précisément, il me permet de garder un lien. J'ai travaillé précédemment, assez longtemps, dans la politique de la ville, pour les contrats de ville et les anciens contrats urbains de cohésion sociale. Au titre de l'atelier santé ville, ce lien est nécessaire. Il permet de valoriser et de financer des actions. C'est finalement le volet financier des actions sur le terrain. Le CLS,

lui, a une dimension plus large. Il couvre l'ensemble du territoire, alors que l'atelier santé ville couvre uniquement les actions sur les quartiers prioritaires de la ville.

» **Arnaud Wiehn**

Pour faire le lien avec le sujet de l'atelier, le rattachement des coordinations, tous ces dispositifs se portent-ils dans un seul service unifié ou est-ce éclaté sur plusieurs services et échelles ? Vous évoquiez des CLS communaux. Avez-vous plusieurs contrats locaux de santé sur plusieurs communes ou avez-vous un CLS métropolitain et un atelier santé ville ? Où positionnez-vous les coordinations et les animations ?

» **Maud Ebstein-Breton**

C'est effectivement une coordination au titre du contrat local de santé de la Ville et de l'Eurométropole, la ville étant celle de Strasbourg. Pour l'Eurométropole, ce sont plutôt les thématiques qui sont abordées dans son CLS qui relèvent d'une compétence de l'Eurométropole. D'autres thématiques relèvent de la compétence de la ville. D'autres communes que Strasbourg sont signataires du CLS de l'Eurométropole et le CLS comprend un plan d'action des autres communes. Les communes qui ont adhéré au CLS ont donc pu mettre en avant un plan d'action qui concerne leur commune, et certaines, mais pas toutes, ont un atelier santé ville.

» **Arnaud Wiehn**

Cela permet donc une déclinaison à la carte, en quelque sorte, en fonction des souhaits des communes, et il y a coordination intégrée et inter-communale. C'est bien cela ?

» **Maud Ebstein-Breton**

Oui, c'est cela. En fonction des thématiques, toutes les communes de l'Eurométropole peuvent revendiquer et souhaiter des actions sur leur commune, mais au titre de leur ban communal, plus précisément, ce seront des actions spécifiques, qu'elles gèrent elles-mêmes.

» Arnaud Wiehn

Vous vous apprêtez à évoluer vers d'autres missions, mais au sein de la même collectivité, si j'ai bien compris. Nous évoquons le terme de «neutralité», ou la légèreté par rapport à ces enjeux. Quel est votre regard sur les suites à donner, selon vous? L'Eurométropole a maintenant beaucoup d'expérience: trois générations de contrats locaux de santé, l'histoire des ateliers santé ville... des conseils locaux de santé mentale. Nous évoquons le risque de chevauchement et de doublon. Quel est votre regard à ce sujet? Quelles sont vos perspectives, à votre échelle, celle de l'Eurométropole de Strasbourg? S'agit-il d'aller vers une seule grande dynamique coordonnée ou de continuer à avoir des dynamiques, des coordinations plus ou moins intégratives les unes par rapport aux autres, avec des temporalités différentes? Vous parlez du contrat de ville, qui n'a pas forcément la même temporalité que le contrat local de santé.

» Maud Ebstein-Breton

Les différentes temporalités vont continuer d'exister. Je pense qu'il y aura différents lieux de coordination. La difficulté est d'aller vers la simplification de cette organisation. La gouvernance est parfois très présente. Je pense qu'il faut faire davantage en sorte que ce soit neutre et même transparent pour les bénéficiaires, pour les citoyens. Ce qui compte, pour eux, ce sont les actions et le service public. La gouvernance, c'est notre affaire de professionnels. Il faut simplifier le regard de l'extérieur. Nous parlons des appels à projets pour nous, qui y répondons, mais pour les associations ou les structures plus petites, la question est d'autant plus présente et on en parle assez peu. Nous en parlons dans les réunions de la politique de la ville, mais peu autrement.

» Arnaud Wiehn

Merci, Maud Ebstein-Breton, pour votre témoignage.

Nous allons faire passer le micro pour vous permettre d'exprimer une question, une remarque, une suggestion. Mais je vous invite à être brefs et synthétiques et à vous présenter, s'il vous plaît.

» **Catherine Richard** **membre du bureau de Fabrique Territoires Santé**

Je regrette que M.Laforcade soit parti, parce que je pensais que son quatrième point pouvait mentionner l'étonnement de ne pas avoir parlé des inégalités sociales et territoriales de santé dans le cadre du CLS. Mais je remercie beaucoup Thibault Mutel de l'avoir signifié. Je le redis pour l'assemblée et pour la Fabrique. Si l'on parle de CLS sans parler d'inégalités sociales et territoriales de santé alors, on sera face à une politique descendante, depuis l'ARS vers les communes et les agglomérations. C'est une simple opération, de la même façon que l'on donne un financement à une association pour œuvrer pour tel ou tel objectif. Et là, à part l'Île-de-France qui l'évoque, je crois qu'il y a un ratage du contrat local de santé s'il n'a pas ce rôle sur les inégalités. Cela fait par ailleurs comprendre pourquoi les ateliers santé ville sont partis. La politique de la ville était bien contente de se dégager des ASV.

Là où je trouve l'exemple de Strasbourg intéressant, c'est que justement, tel que supposé –on peut être utopique–, les ateliers santé ville nourrissent le contrat local de santé par le travail régulier, si possible, sur l'état de santé de la population, les améliorations, les fameuses études d'impact dont parlait M.Laforcade, qui constituent un élément important et qui peuvent être transversales, pas uniquement pour l'urbain d'ailleurs. Même en santé, l'étude d'impact est fort intéressante.

Sinon, je félicite ceux et celles qui ont fabriqué cette table ronde, parce que c'était vraiment passionnant. Merci beaucoup.

» **Arnaud Wiehn**

Merci. Souhaitez-vous réagir ?

» **Mathilde Couderc**

Je l'ai déjà fait dans l'atelier auquel je participais, mais j'aimerais vraiment faire un plaidoyer pour le maintien et le renforcement des ateliers santé ville. Je vois le cas de mon territoire. Le moment où le contrat local de santé a été signé a vraiment coïncidé avec l'arrêt, assez brutal, de l'atelier santé ville. Je n'ai même pas pu expérimenter cette belle coordination, cette belle articulation qu'il aurait pu y avoir entre le CLS et l'ASV parce que pour des raisons budgétaires, l'agglomération a décidé d'interrompre l'atelier santé ville et a sûrement vu une très belle

opportunité avec l'arrivée d'un CLS à une échelle bien plus grande, qui allait faire le travail d'un ASV. Or nous nous rendons compte que depuis quatre ans, depuis qu'il n'y a plus d'atelier santé ville, il ne se fait plus rien, en termes d'actions de promotion de la santé, d'actions de proximité, dans notre quartier prioritaire de la ville. Nous n'avons qu'un QPV. J'ai essayé, dès mon arrivée, de rencontrer les chargés de missions en charge des différents outils de la politique de la ville (programme de réussite éducative, prévention spécialisée, Conseil Local de Sécurité et de Prévention de la délinquance, etc.). Mais il m'a aussi fallu m'acculturer.

Depuis tout à l'heure, on dit qu'il faut absolument acculturer les élus à la santé publique. Moi, je n'ai pas du tout été acculturée au développement local, au fonctionnement des politiques contractuelles et des outils de planification dans lesquels je peux, à un moment donné, proposer des choses. Je ne connaissais rien aux questions de PLUI, de SCOT. J'arrive des sciences humaines et sociales et de la santé. Lorsque je suis arrivée, je ne connaissais rien. Des amies m'avaient préparé des fiches pour me dire ce qu'était un « copil » ou un « cotech », en me disant que si je mentionnais ces mots clés en gestion de projet je serais recrutée ! Et en effet, cela a marché. Mais nous n'avons pas cette connaissance des différentes instances, des différents outils dans lesquels nous pouvons venir nous inscrire, proposer des choses, de nouvelles coordinations. Nous apprenons sur le tas, mais nous gagnerions beaucoup de temps si, à notre arrivée, lorsque nous prenons nos postes, on nous proposait une formation. Cela se fait peut-être dans certains territoires mais dans mon cas, on m'a laissé le découvrir par moi-même. Le CLS Grand Quercy recouvre un très grand territoire, où il y a une politique de la ville. Il y avait un contrat de ville, qui devait comporter un volet sur la santé. Mais il n'y a pas de pilier « santé ». La santé est intégrée dans le volet relatif à la cohésion sociale, avec l'accès aux loisirs et à la culture et avec l'éducation. J'ai découvert les outils : le PRE, le CLSPD..., qu'il m'a fallu décortiquer. Je me suis incrustée un peu partout. Mais je m'occupais d'un trop vaste territoire pour pouvoir y dédier suffisamment de temps. J'ai participé à toutes les réunions. J'étais dans les instances de gouvernance. En tant que coordonnatrice du CLS, je faisais partie du copil du contrat de ville. Et réciproquement la politique de la ville était représentée dans les COPIL du CLS et du CLSM. Cela me semblait être la base. Mais ensuite, je n'ai pu faire que du saupoudrage. Dès que j'avais des financements, ce qui n'est pas si fréquent parce que mon CLS n'a pas d'enveloppe dédiée pour les actions, dès qu'il y avait des appels à projets qui me permettaient de viser des publics des QPV, pour ré-

pondre aux inégalités sociales et territoriales de santé, qui sont la raison d'être des CLS, je le faisais systématiquement. Mais je n'étais pas dans la construction d'une politique publique sur les QPV dans du long terme. Ce qui fait que progressivement on a assisté à un désinvestissement du volet santé du contrat de ville – et seules certaines associations étaient à l'origine d'initiatives intéressantes mais avec très peu de moyens.

Aujourd'hui, il me manque cruellement un acteur de terrain de proximité qui pourrait me faire remonter les besoins en matière de santé avec lequel travailler de manière très étroite et coordonner des actions de prévention en santé. J'attends impatiemment qu'il y ait des moyens pour pouvoir relancer cet ASV. Actuellement, des concertations se déroulent pour reconduire le nouveau contrat de ville. Nous avons fait ressortir cet élément. J'ai participé à tous les groupes de travail, et c'est ce que nous avons tous défendu: il faut absolument relancer cet atelier santé ville, même si nous ne savons pas comment.

» **Arnaud Wiehn**

Thibault, souhaitez-vous intervenir au sujet de cette bonne articulation, de cette bonne intelligence entre les dispositifs ?

» **Thibault Mutel**

Oui, cette bonne intelligence est importante. Maud disait que nous ne nous battions pas, mais c'est tout comme. C'est compliqué depuis quelques années, d'autant plus qu'il y a des interlocuteurs qui changent beaucoup à la préfecture et au niveau politique, avec un enjeu qui n'est même pas celui de négocier, mais de représenter systématiquement l'articulation des dispositifs, leurs raisons d'être, l'objectif. C'est particulièrement complexe. Politiquement, nous avons notre élu, qui est là depuis très longtemps et qui, comme le disait Maud, maîtrise parfaitement ces enjeux. Mais finalement, il est moins fort, politiquement, de porter un ASV qu'un CLS, puisque les projets qui sortent d'un CLS sont un peu plus médiatiques, plus structurés, plus importants en termes de financement. Il est donc plus intéressant, pour un élu, de se mobiliser fortement sur un dispositif comme le CLS que sur un atelier santé ville. C'est compliqué à accompagner, politiquement, même lorsque l'on a affaire à des élus qui sont convaincus et qui savent de quoi ils parlent.

≡ Arnaud Wiehn

Nous prenons une dernière intervention.

≡ Houria Ainaouri

cheffe de projet « politique de la ville », EPT Est Ensemble

Bonjour. Je suis cheffe de projet « politique de la ville » au sein de l'EPT Est Ensemble, en région Île-de-France et plus particulièrement, au sein de la Seine-Saint-Denis. J'entends parler de la communauté professionnelle territoriale de santé. Il n'en a pas du tout été question. Pourriez-vous nous en dire un peu plus et faire le lien avec toutes ces démarches de coordination : CLS, atelier santé ville, etc.? De mon côté, j'en entends parler par les médias et par une certaine littérature, mais nous n'en avons pas parlé au cours de la journée. Pour ma culture personnelle, je voulais avoir un peu plus de précisions. Merci à vous.

≡ Arnaud Wiehn

Qui a envie d'ouvrir le dossier des CPTS et de leur articulation avec les dynamiques que nous avons évoquées? Je ne sais pas si nous allons vous préciser ce qu'est la CPTS, mais il est vrai que nous l'avons peu évoquée. Nous avons parlé de chevauchement. Nous avons eu un webinaire sur le sujet. La question est la suivante : comment ces dynamiques se positionnent-elles les unes par rapport aux autres, sachant que pour la CPTS, il y a énormément de moyens qui sont mis sur la table par les pouvoirs publics et que les enjeux politiques sont très lourds? Comment un CLS, un CLSM et à plus forte raison, un atelier santé ville, peut-il peser en face?

≡ Sandra Essid

Au sein de notre atelier, nous avons évoqué rapidement la disproportion des moyens. C'est vrai que je n'y ai pas fait référence. Je pense que nous ne parviendrons pas à soulever tous les enjeux que cela recouvre, mais la Fabrique a organisé un excellent webinaire sur le sujet, qui est en ligne sur le site de la Fabrique. Je vous conseille de l'écouter, parce qu'il était vraiment exceptionnel. Il faudrait que tous nos séminaires aient la même qualité. Il permet d'éclairer ces chevauchements, ces flous et en même temps, ces possibilités de travailler ensemble, à un

certain nombre de conditions, qu'il va falloir clarifier. Mais je vous invite vraiment à le regarder. Nous n'avons pas vraiment abordé le sujet dans notre atelier puisque nous nous sommes plutôt penchés sur les démarches territoriales de santé portées par des collectivités et d'une manière générale, impulsées plutôt par le politique, alors que la CPTS, à la base, telle qu'elle est structurée, reste une organisation professionnelle de santé. Je ne vais pas revenir sur son financement. Mais c'est pour cette raison que nous ne nous y sommes pas plus attardés que cela aujourd'hui.

» **Mathilde Couderc**

Le département du Lot est entièrement couvert par trois contrats locaux de santé. Nous ne travaillons pas toutes de la même manière, parce que les deux autres CLS sont très accaparés par les questions de démographie médicale, justement. De mon côté, pour l'instant, je suis encore assez protégée. Je ne fais donc pas que cela. Mais le CLS de la communauté de communes de Cauvaldor y a travaillé. Il y a eu une concomitance : au même moment, il y a eu, sur le même territoire, la création du contrat local de santé, de la CPTS et de la démarche de la CAF, la convention territoriale globale de services d'aide aux familles, la Conventions Territoriales Globales (CTG). Les trois coordonnatrices ont réfléchi ensemble pour mettre en place des espaces de concertation partagés, pour repérer ensemble les thématiques qui leur étaient communes, comme l'accès aux droits et aux soins, l'animation et la participation à la vie locale, l'attractivité territoriale, le cadre de vie et le logement, l'interconnaissance, la mobilité, la prévention et la promotion de la santé. Ensuite, elles ont travaillé sur des constats qu'elles partageaient, des objectifs et des réponses. Je crois que parmi les 77 actions contenues dans le plan d'action du CLS – cela fait beaucoup ! –, il y en a 13 qui ont un copilotage CPTS – CLS vraiment affiché. Mais les approches sont très différencierées. Sur mon territoire, par exemple, il y a une CPTS qui vient de se mettre en place et je suis sollicitée pour réserver ses salles de réunion. C'est un début.... Je plaisante : j'ai aussi relu leur projet de santé et je fais partie de leur groupe de travail. Mais effectivement, cela pose question sur la disproportion des moyens.

⇒ Arnaud Wiehn:

Désormais, il y a tout de même une possibilité de faire signer les CPTS, qui sont des personnes morales, dans vos contrats locaux de santé. C'est une avancée notable. Au lieu d'aller chercher les URPS les unes après les autres, vous avez un acteur, une communauté, qui est censée incarner l'offre sur ce territoire et un projet de prévention et de promotion de la santé. Il y a donc de plus en plus de passerelles, mais pas nécessairement de réciprocité. Vous réservez des salles, mais peut-être pouvez-vous attendre d'autres choses des CPTS...

Nous allons mettre un terme à cette table ronde. C'était passionnant. Merci aux participants. Je remercie aussi Danielle Valéro, adjointe au maire d'Évry-Courcouronnes, qui, elle aussi, était souffrante et qui, jusqu'au dernier moment, espérait pouvoir se joindre à nous, mais à qui l'on a recommandé de s'épargner cet effort. Je vous remercie d'être venus et je remercie l'équipe de la Fabrique, parce que nous avons réussi à relever encore une fois le défi.

Je cède la parole au président pour le mot de clôture.

CLÔTURE

Didier Febvre

Merci. Je vais conclure avec quelques mots, d'abord pour dire que la gouvernance partagée, c'est du travail. Ce n'est pas simple. Mais ce n'est pas parce que c'est du travail qu'il faut renoncer à le faire sous prétexte que c'est compliqué. La gouvernance partagée est un objectif extrêmement important. Il y a même des collectivités qui vont plus loin, qui disent que si elles veulent tenir leur rôle, il faudrait qu'elles aient d'autres compétences que celles qu'elles ont. Mais cela reste encore un vœu pieux.

Je voudrais aussi vous remercier pour vos contributions, parce que cette journée, avec le dossier ressource que nous allons faire, avec l'enquête qui sera menée sur le déploiement des Contrats Locaux de Santé, va nous permettre de porter éventuellement un certain de nombre de messages ou de recommandations à qui de droit: au niveau national, au niveau régional, nous verrons, à ceux qui voudront bien s'en saisir. Surtout, cela nous permettra à nous, à la Fabrique, de réfléchir à notre place et à notre rôle vis-à-vis de la communauté des coordonnatrices. J'ai d'ailleurs été étonné de vous entendre utiliser le mot « coordonnateur » en premier alors que nous n'avons que des coordinatrices. Moi, j'ai tendance – excusez-moi, je ne fais pas d'inclusif – à dire d'abord « coordinatrices ». Mais peu importe. La majorité emporte tout, si je puis me permettre. Cela semble un peu démagogique, mais c'est ainsi. La Fabrique pourra en tout cas réfléchir à sa place et à son rôle, parce que j'ai tout de même entendu, dans l'atelier 3 – et cela fait aussi un certain temps que nous connaissons le collectif qui s'est créé en Occitanie –, qu'il manquait une structure qui puisse éventuellement chercher ou obtenir un mandat national pour animer de façon un peu plus précise que nous ne le faisons – puisque nous, nous avons ce rôle d'animation de réseau – ce réseau des coordinateurs et des coordinatrices.

L'acculturation en matière de promotion de la santé ou de déterminants de santé reste encore à poursuivre, vous l'avez dit. Malgré tout, il y a quelque chose qui ne passe pas. Je vous livre quelques hypothèses pour expliquer pourquoi cela ne passe pas.

La première chose, c'est que lorsque l'on a une maladie, on aimerait bien avoir un système de soins de qualité qui puisse s'occuper de nous. La deuxième chose, c'est que manifestement, une véritable politique de prévention et de promotion de la santé ambitieuse tarde à se déployer. C'est l'effet pervers d'un système de soins qui reste encore l'un des plus performants au monde, malgré ses limites et ses dysfonctionnements.

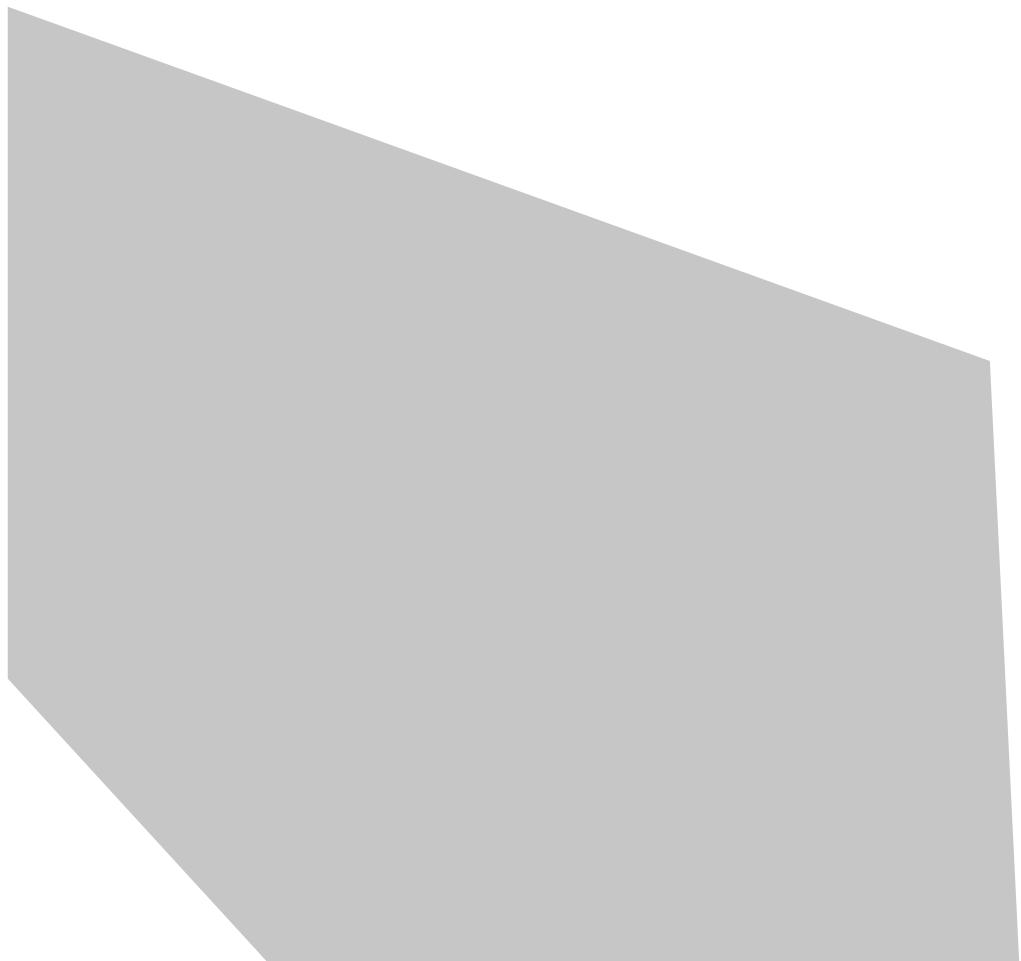
Troisièmement, nous constatons que les inégalités sociales et territoriales de santé perdurent voire s'aggravent sur certains territoires. C'est ce que montre, en particulier, notre dernier dossier ressource en matière d'accès aux soins et à la prévention.

Ce matin, Michel Laforgcade, a rappelé que nous étions trop centrés sur le système de soins et sur le sanitaire, en donnant comme exemple l'insuffisance de coordination des parcours de soins. C'est vrai, mais je souligne que la coordination des parcours de soins, ce n'est pas votre métier de fond. Votre métier, c'est la coordination de politiques publiques de santé publique et de promotion de la santé sur les territoires. Ce n'est pas facile, je le sais, nous le savons. Vous l'avez dit, votre métier est complexe. À certains moments, je me suis demandé qui prescrivait votre travail. Parfois, c'est vous, parfois, c'est le projet de santé, parfois, c'est le programme, parfois, c'est le plan que l'on vous donne, mais lorsqu'il y a un problème, qui est-ce qui prescrit? Est-ce votre employeur? la collectivité territoriale? Est-ce l'agence régionale de santé? Je l'ignore. Est-ce que cela peut être les deux? Y a-t-il un système idéal où finalement, les collectivités et l'ARS s'entendraient pour faire de la gouvernance partagée, , sans qu'une institution prenne la main sur une autre

Je voudrais terminer avec une note positive: il se passe beaucoup de choses, chez vous. Je pense que la promotion de la santé avance, vaille que vaille. Nous avons vu que là où il y avait des CLS, là où il y avait des ateliers santé ville, pendant le Covid, cela a mieux fonctionné. Il y a des actions de santé dans tous les sens. Il y a des personnes qui se mobilisent. Il y a des coordinatrices ou de coordinateurs engagés et convaincus qui tentent, expérimentent, mobilisent, font bouger des lignes, qui font de leur mieux dans le champ des possibles. Et je pense que c'est bien ainsi.

J'ajoute une chose, et j'en terminerai là. Si vous avez envie que les choses bougent, rejoignez-nous. Nous avons aussi besoin, dans notre association, notre conseil d'administration et dans notre bureau, de personnes comme vous, jeunes, mobilisées. C'est parce je pense, que dans le contexte actuel, il faut que vous puissiez vous investir sur le plan associatif et sur le plan politique. Quand je disais que cela ferait réfléchir Fabrique Territoires Santé, cela signifie qu'il pourrait y avoir quelque chose à imaginer comme une animation de collectifs, ou un soutien pour aider des collectifs de coordinatrices et de coordinateurs à s'installer, à trouver refuge auprès de la Fabrique. A nous d'y réfléchir et de nous en charger.

Merci beaucoup!



**Contrats locaux de santé, conseils locaux en santé mentale
et autres ateliers santé ville:
rôles, enjeux et limites des coordinations actuelles**





avec le soutien de



agence nationale
de la cohésion
des territoires



www.fabrique-territoires-sante.org
contact@fabrique-territoires-sante.org

Campus Condorcet
5 cours des Humanités
93322 AUBERVILLIERS

Twitter – @FabTerrSante
Siret – 537 674 707 00048