



État des lieux du déploiement des Ateliers santé ville et des Contrats locaux de santé

Rappel du contexte et des objectifs de l'enquête exploratoire

Fabrique Territoires Santé a été interpellée par les membres de son réseau, essentiellement composé de coordonnateur·rices de dynamiques territoriales de santé et plus globalement de professionnel·les des politiques publiques locales, sur l'absence de visibilité quant au déploiement des Contrats locaux de santé (CLS) et des Ateliers santé ville (ASV). En effet, si certaines Agences régionales de santé (ARS) disposent de données consolidées relatives aux CLS, cette information n'est pas accessible à l'échelle nationale. Cette connaissance n'est pas disponible concernant les ASV.

Par ailleurs, les acteurs et actrices de terrain constatent une tendance à l'élargissement de l'échelle géographique de déploiement des dynamiques territoriales de santé (du quartier à la commune, l'intercommunalité, voire la métropole), à moyens constants – humaines et financiers – tandis que les coordinateur·rices assurent de plus en plus souvent la coordination de plusieurs dynamiques, réduisant de fait le temps consacré à chacune d'elle. Enfin, à l'heure du renouvellement des contrats de ville (fin 2022), la place accordée à la santé dans la politique de la ville était encore incertaine, notamment celle réservée aux historiques ASV.

C'est dans ce contexte que Fabrique Territoires Santé a mené une enquête et interrogé les acteur·rices de terrain en charge de l'animation et/ou du pilotage des démarches ASV et CLS. Il s'agissait à la fois

de mieux connaître et caractériser les Ateliers santé ville (ASV) et les Contrats locaux de santé (CLS)¹ - profil des coordonnateur·rices, profil des territoires (urbain/rural), organisation et fonctionnement (pilotage et animation), priorités et thématiques travaillées – et ainsi de collecter des éléments de cadrage permettant d'éclairer la pluralité d'enjeux qui se posent, qu'il s'agisse des échelles de déploiement des dynamiques territoriales de santé et de la cohérence des territoires retenus ; des échelles et modes de gouvernance et d'animation ; des cadres et conditions de travail des coordinations.

Methodologie

Un groupe de travail interne à la Fabrique s'est réuni à deux reprises début 2023. Les échanges et réflexions du groupe ont permis de définir les contours de l'enquête et d'en préciser les questionnements.

L'enquête a été menée via un questionnaire en ligne, adressé à l'ensemble du réseau, entre avril et septembre 2023.

L'échantillon des réponses au questionnaire est constitué des 270 personnes dont :

- 257 des 270 les répondant·es à l'enquête - soit 95% - interviennent dans un territoire couvert par un CLS : ils ou elles en sont coordonnateur·es, élu·es ou responsables du service qui porte le CLS.

Parmi les 257 répondant·es concernés par un CLS, 223 se présentent comme coordonnateur·rices et/ou responsables du CLS.

- 79 des 270 répondant·es à l'enquête – soit 29 % - interviennent dans un territoire couvert par un ASV : ils ou elles en sont coordonnateur·es, élu·es ou responsables du service qui porte le ASV.

Parmi les 79 répondant·es concernés par un ASV, 51 se présentent comme coordonnateur·rices et/ou responsables de l'ASV.

> Parmi les 79 ASV, la très grande majorité (74) sont en activité, 2 sont en cours d'élaboration et 3 ne sont encore qu'au stade de projet.

> Enfin, 222 sont ou seront prochainement concernés par une CPTS dont 154 en activité

¹ Un État des lieux des Conseils locaux en santé mentale (CLSM) est régulièrement réalisé et mis à jour par le CCOMS, c'est pourquoi notre enquête ne s'est pas penchée sur cette démarche territoriales de santé.
<https://ressources-clsm.org/wp-content/uploads/2023/03/230330-Etat-des-lieux-CLSM-web.pdf>

> Du point de vue des territoires concernés, l'enquête a mobilisé des professionnel·les et élu·es qui interviennent à l'échelle de 73 communes, 167 intercommunalités et de 14 EPCI.

> Enfin, 63% des répondant·es (169 des 270) interviennent dans un territoire concerné par la Politique de la ville.

Sommaire

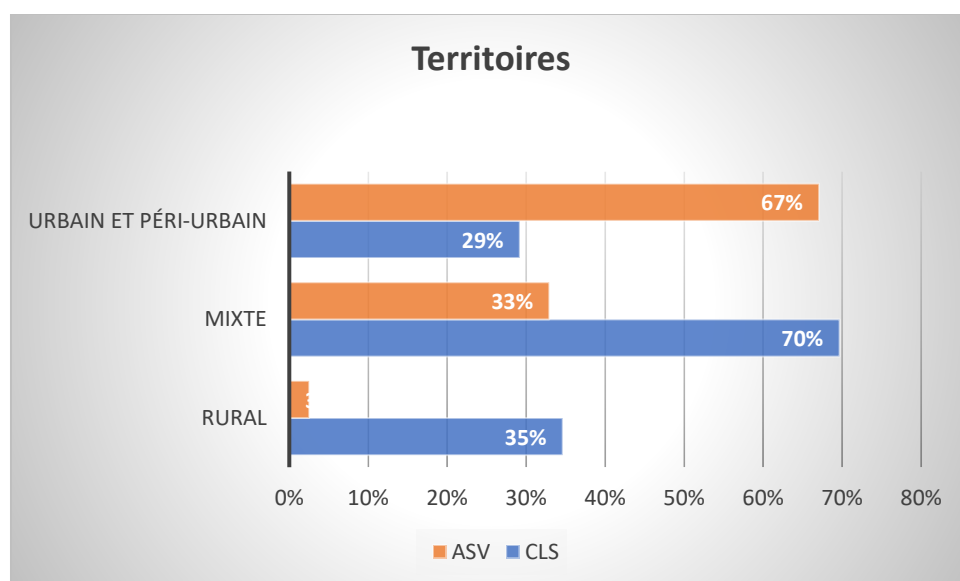
I.	Profil des Territoires	3
II.	La coordination des démarches territoriales de santé	5
III.	Le pilotage	10
IV.	Partenaires, partenariats et articulations entre les démarches et dispositifs	13
V.	Financement	16

I. Profil des Territoires

Rural – Urbain

La réponse à la question, « comment qualifiez-vous le territoire ? » donne à voir l'étendue géographique des périmètres de déploiement des démarches territoriales de santé. En effet, rares sont les territoires identifiés comme exclusivement urbain ou rural, l'entre-deux semble être la règle, et la frontière floue entre péri-urbain et mixte.

Ainsi, près de 70% des CLS se déploient sur des territoires « mixtes », comprenant à la fois des zones urbaines, péri-urbaines et rurales. La tendance au portage des CLS par des intercommunalités - plutôt que par des communes- est sans doute un élément d'explication : avec l'élargissement du déploiement, la diversité des territoires devient la règle, et l'on peut passer rapidement, en l'espace de quelques kilomètres, d'un quartier péri-urbain à une zone rurale. La place du rural devient majeure et concerne y compris les ASV (bien que dans une très faible proportion, et malgré le caractère éminemment urbain de la politique de la ville), puisque 2 des 79 ASV de l'échantillon se disent exclusivement ruraux.

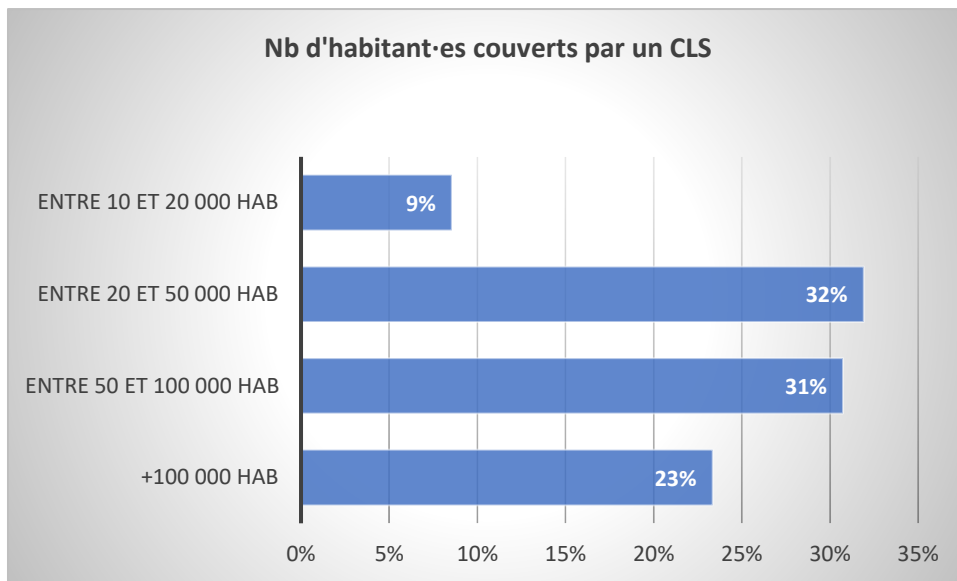


Nombre d'habitant-es couverts par les démarches territoriales de santé

Contrats locaux de santé

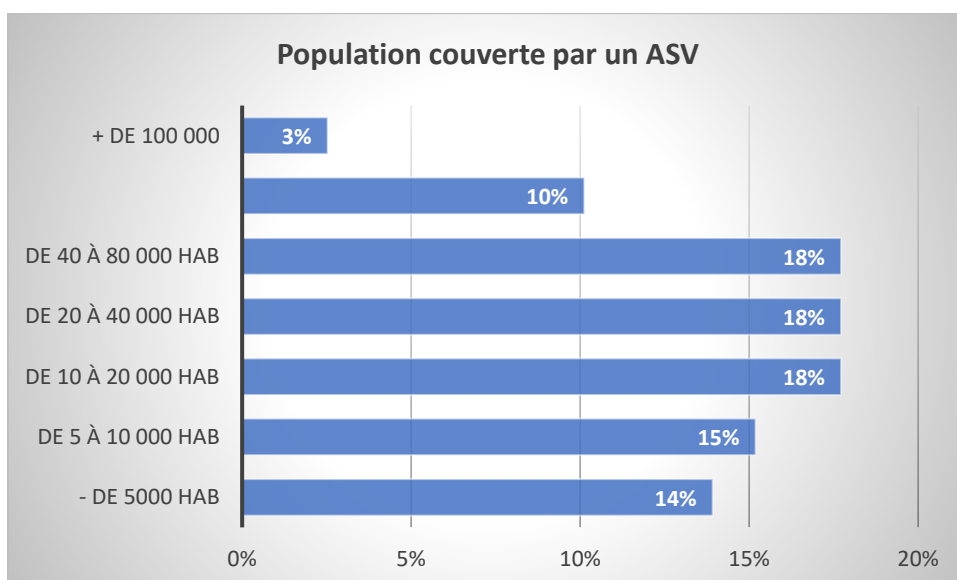
Les CLS couvrent un nombre important d'habitant-es, qui interroge la notion de « local » et le rapport à la proximité. En effet :

- > Près d'un quart des territoires couverts par un CLS regroupe plus de 100 000 habitant-es.
- > 32% des CLS couvrent un territoire comptant entre 50 et 100 000 habitant-es ;
- > 32 % également comptent entre 20 000 et 50 000 habitant-es.
- > 13 % des territoires comptent moins de 20 000 habitant-e dont 1/3 comptent moins de 10 000 habitants (soit 4,3% de l'ensemble des CLS ayant répondu à l'enquête)



Ateliers santé ville

Les ASV, attachés à l'échelle du quartier, couvrent de fait des territoires moins peuplés, même si plus 30% comptent plus de 40 000 habitant-es. Là aussi, les notions de « local » et de « proximité » peuvent être questionnées.



II. La coordination des démarches territoriales de santé

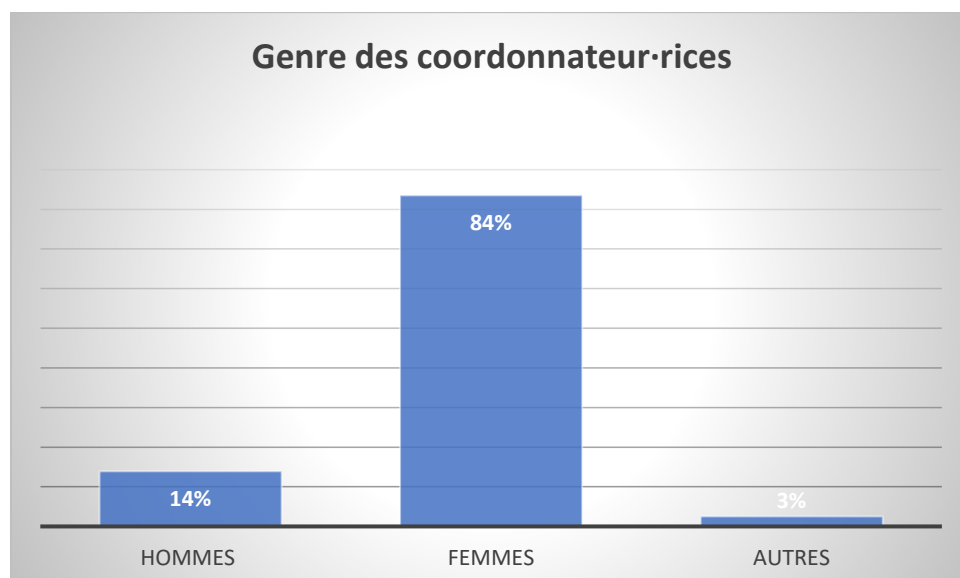
La coordination est une fonction essentielle dans le déploiement d'une démarche territoriale de santé. Le ou la coordinateur-riche d'un CLS ou d'un ASV a en charge l'animation de la démarche projet et la mobilisation partenariale visant à assurer la transversalité et l'inter-sectorialité.

A ce jour, le métier de coordonnateur-riche n'est pas reconnu par un diplôme universitaire, ni encadré par un cahier des charges. Il existe aujourd'hui de nombreuses disparités entre les postes : profil, compétences, cadre de travail, financement, ou encore temps de travail.

Profil des coordonnatrices

Le genre des coordonnateurs et coordonnatrices ASV et CLS

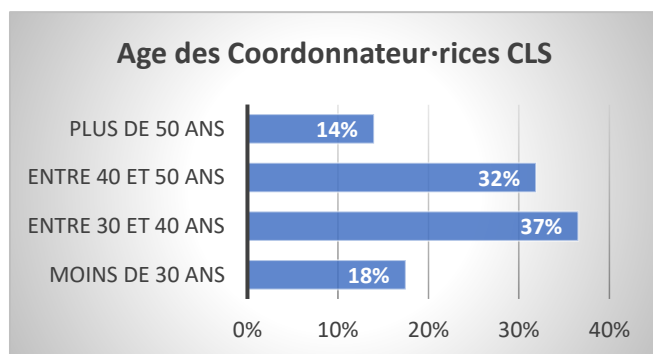
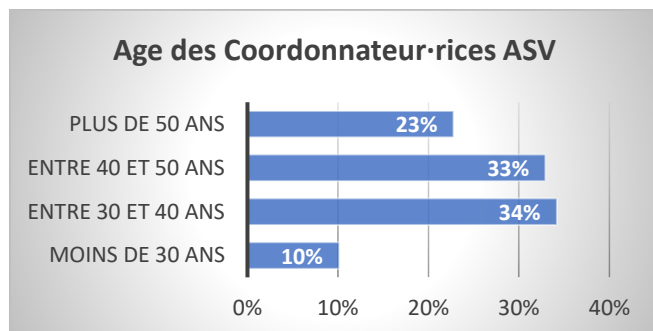
Les fonctions de coordination sont principalement exercées par des femmes, avec un pourcentage très élevé de coordonnatrices (84%). Les profils des coordonnateurs-rices ASV et CLS sont totalement similaires.



Âge

Concernant les ASV, on note que près d'une coordonnatrice sur dix a moins de 30 ans, et près d'un quart a en revanche plus de 50 ans soulignant une présence significative de professionnelles expérimentées dans ce rôle.

On note des différences fortes par rapport au profil des coordonnatrices CLS, où seulement 14% a plus de 50 ans et près d'une sur cinq a moins de 30 ans.



Il s'agit donc globalement de professionnel·les relativement bien expérimenté·es puisqu'il et elles sont près de 60% à mettre au service de l'animation de la démarche territoriale une expérience professionnelle de plusieurs décennies.

Domaines, niveaux de formation

On constate que les profils (formation, niveau d'études notamment) sont similaires ou très proches entre les coordinateurs et coordinatrices d'Ateliers Santé Ville et de Contrats locaux de santé.

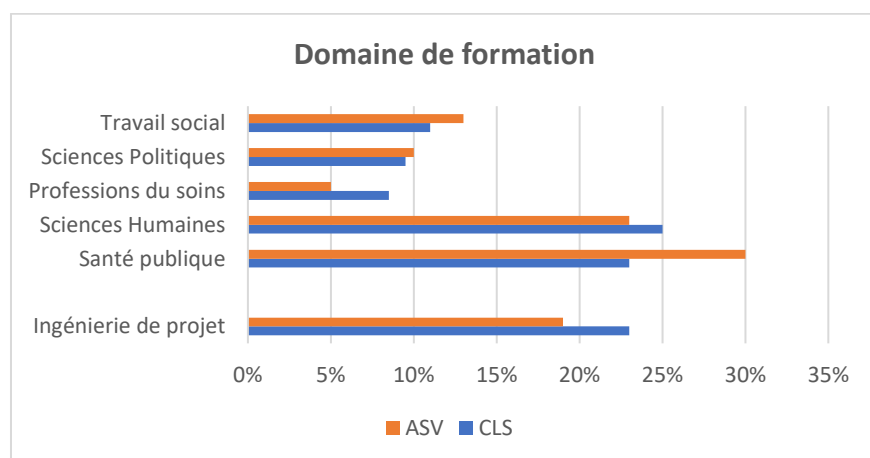
Les coordonnateurs et coordonnatrices de démarches territoriales de santé ont des niveaux de qualification élevés.

73% d'entre eux et elles ont un niveau Bac + 5 et plus (74% pour les CLS et 69% pour les ASV) et on passe à 80% en moyenne si on considère le niveau Bac +4 et plus (75% dans le cas des ASV contre 83% dans les CLS).

Moins de 6% des postes de coordination sont occupés par des professionnel·les ayant un niveau Bac et Bac + 2 (soit environ 10% pour les ASV et 4% pour les CLS).

Concernant les domaines de formation de l'ensemble des coordonnateurs et coordonnatrices, les sciences humaines (24%), la santé publique (25%) et l'ingénierie de projet (22%) sont les trois disciplines les plus présentes.

On observe de légères différences entre les professionnel·les en charge de l'animation d'un CLS et d'un ASV, mais la taille des échantillons et les interrogations quant à leur représentativité, invitent à les interpréter avec prudence. Ainsi, notre échantillon semble indiquer pour les ASV une part plus importante de professionnel·les ayant une formation initiale en santé publique (30 % contre 23 pour les CLS) et en travail social (13% contre 10%) et une moindre présence de profesisonnel·les du soin (5 % contre 8,5% pour les CLS)

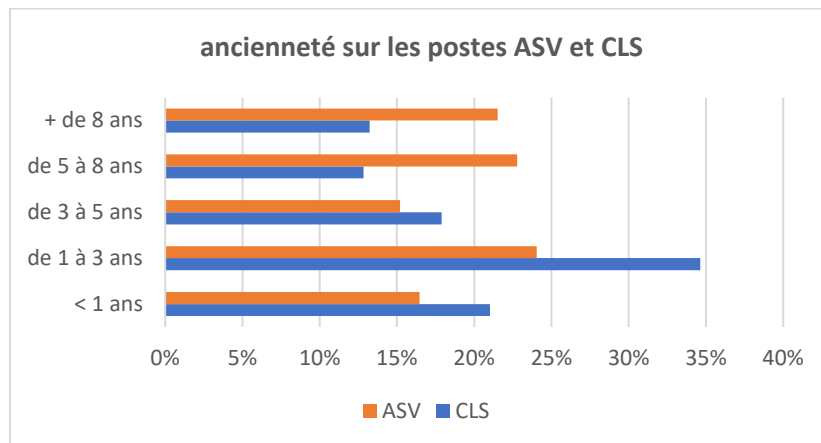


Ancienneté sur les postes

Les données collectées indiquent un turnover relativement important puisque :

- 1 coordination sur 5 (21%) est assurée par un ou une professionnelle en poste depuis moins d'1 an – 16% pour les ASV et 22% pour les CLS.
- 1 coordination sur 3 est assurée par un ou une professionnelle en poste depuis 1 an à 3 ans, dans 34% - 35 % pour les CLS et 24% pour les ASV.

La tendance est plus forte pour les coordonnatrices de Contrats Locaux de santé que pour celles d'Ateliers Santé ville.



Statuts et conditions de travail

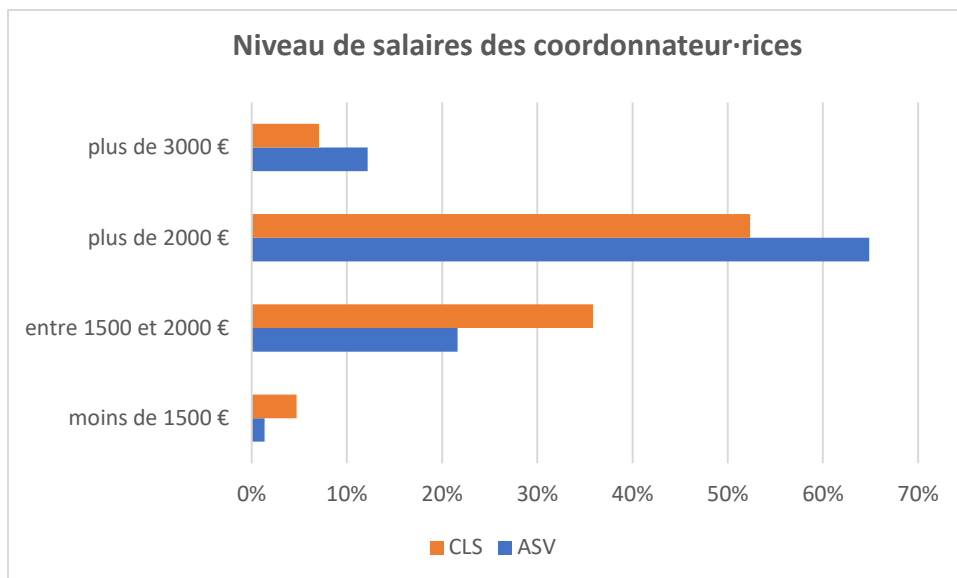
On constate des différences notables entre les statuts des agent-es en charge de la coordination d'un CLS ou d'un ASV.

Ainsi, 67% des coordonnateurs-rices d'un ASV de notre échantillon ont un contrat en CDI ou le statut de fonctionnaire contre seulement 49% dans le cas des CLS (soit 44% sont fonctionnaires et 5% sont en CDI).

Inversement, la part des professionnel·les engagé·es sur la base d'un contrat précaire – CDD et depuis peu, CDD de projet – est plus importante sur les postes de coordination de CLS (51%) que d'ASV (33%).

Concernant les niveaux de salaires, près des deux tiers des coordonnatrices perçoivent un salaire d'au moins 2000 € et seulement 9,3 % plus de 3000 €.

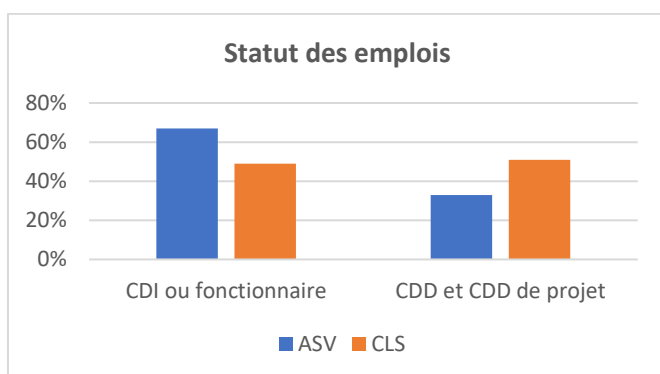
33% gagnent entre 1500 et 2000 € et plus de 4% gagnent moins de 1500 €.



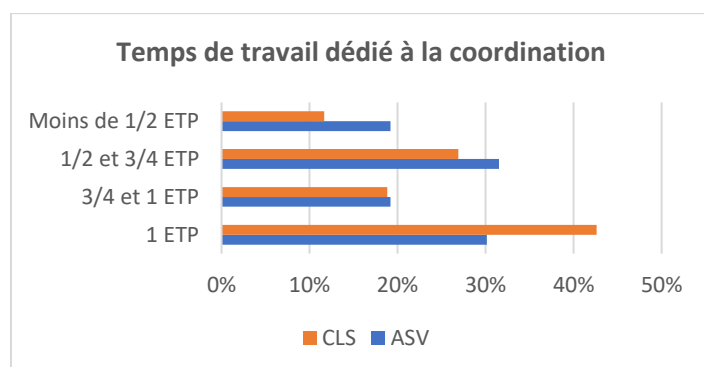
Rattachement administratif

89 % coordonnateur·trices ayant répondu sont rattaché·es administrativement à des collectivités territoriales et/ou EPCI.

La part des coordinations portées par des associations – 4% - ou par des CCAS – 7%- paraît marginale. Enfin, concernant la nature des contrats de travail, des différences notables sont relevées entre agent·es en charge de la coordination d'un CLS et d'un ASV avec une part beaucoup plus importante des contrats à durée limitée pour les CLS.



Temps de travail dédié à la coordination des démarches territoriales de santé



Le temps de travail dédié à la coordination est le plus souvent fractionné, partagé entre plusieurs missions. La tendance est d'autant plus forte dans le cas des ASV, avec 1/3 seulement des coordinations pouvant s'appuyer sur un temps plein dédié. Les CLS semblent plus favorisés mais la taille beaucoup plus importante des territoires couverts pourrait annuler cet avantage comparatif.

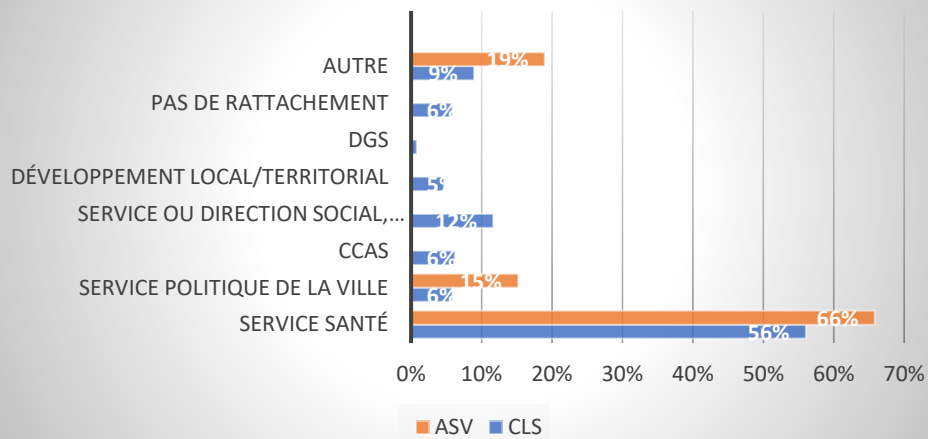
Fonctionnement et mission

Service de rattachement

Si les CLS comme les ASV restent principalement rattachés aux services santé, les CLS se distinguent par le rattachement à des services ou pôles divers, depuis l'action sociale, le développement territorial ou local ou d'autres services divers. On peut aisément faire l'hypothèse que l'identité de la structure de portage de la dynamique - commune, intercommunalité PETR, association...- va influencer sur le service de rattachement du poste de coordination.

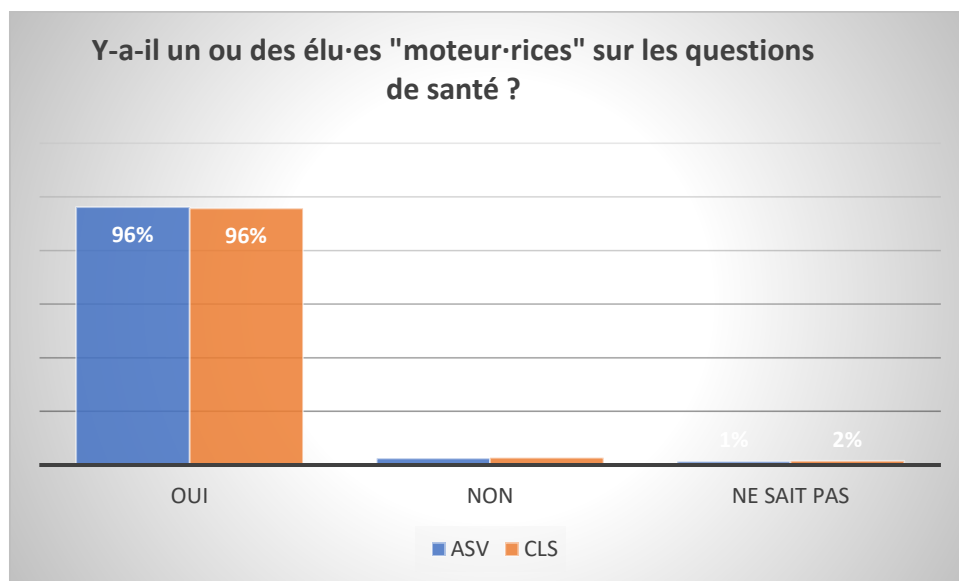
De même, le fait que la coordination des ASV et CLS soit confiée à une seule et même personne, est probablement une donnée expliquant la part prépondérante d'ASV rattachés à des services santé, et non à des services Politique de la ville.

Services de rattachement



III. Le pilotage

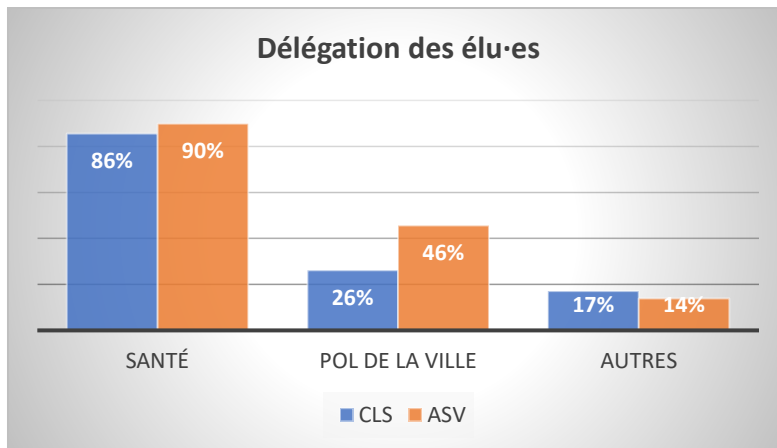
Si l'ensemble des répondant·es a fait état de la présence d'au moins un ou une élue référente (à deux exceptions près concernant les ASV et de trois autres concernant les CLS – correspondant à des territoires différents), et de l'existence d'un comité de pilotage, la réunion de ses membres n'est pas systématique et reste peu fréquente.



Domaines de compétences des élu·es impliqués

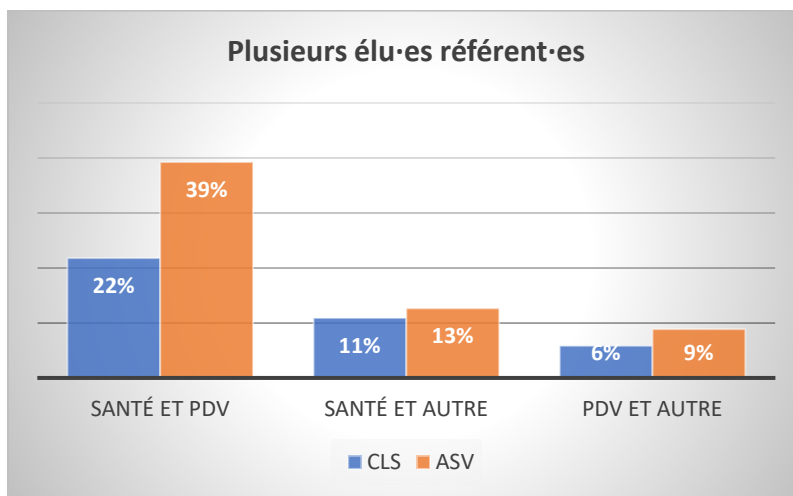
Sans surprise, les élu·es impliqués sont le plus fréquemment en charge de la délégation « santé », y compris concernant les ASV.

Parmi les autres délégations mentionnées, les élu·es investi·es dans le portage politique couvrent une gamme étendue de domaines tels que les services à la population, la solidarité, le handicap, la santé, l'éducation, l'enseignement supérieur, la transition alimentaire, l'agriculture, la sécurité, la démographie, la petite enfance, les seniors, la biodiversité, l'environnement, les quartiers, et la culture. On retiendra ainsi majoritairement des délégations sensibles aux questions sociales et/ou environnementales.



Enfin, notons que dans de nombreux cas, plusieurs élu·es sont identifié·es comme référent·es d'une démarche territoriale en santé.

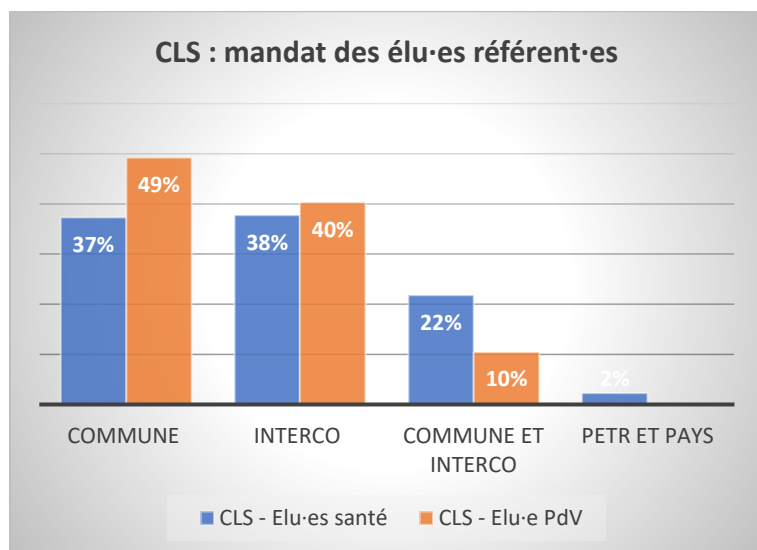
Ainsi, près de 40% des CLS de notre échantillon peuvent s'appuyer sur au moins deux élu·es, le « binôme » santé et politique de la ville étant le plus fréquent. Cette situation est d'autant plus fréquente dans le cas des ASV avec plus de 60% des cas où un binôme d'élu·es est identifié comme référent.



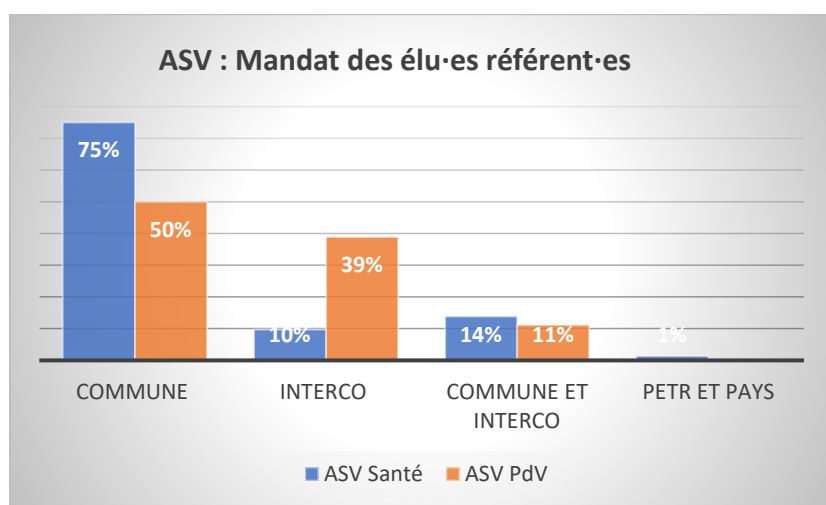
Diversité des acteurs et actrices impliqués

Les acteurs concernés comprennent des élu·es de différents niveaux institutionnels, communes et intercommunalités majoritairement.

Concernant les CLS, lorsque l'élu·e référent·e est en charge de la délégation Santé, il ou elle relève - à parts égales - de l'échelle communale ou intercommunale (respectivement 37 et 38% des cas). Lorsque l'élu·e référent·e est en charge de la délégation Politique de la Ville, il ou elle relève majoritairement de l'échelon communal - 49%, contre seulement 40% de l'échelle intercommunale.



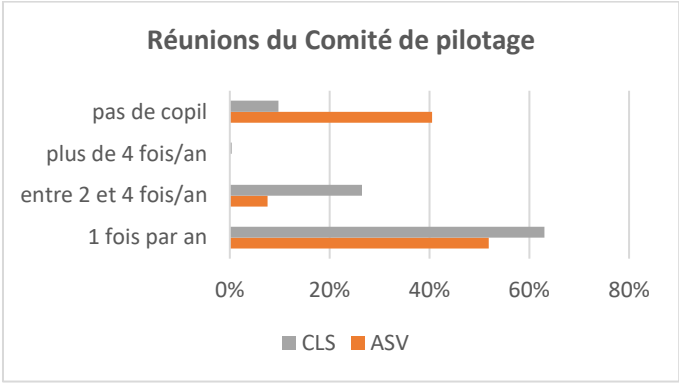
La situation est quelque peu différente concernant les ASV puisque la très grande majorité des élu-es référent-es relève de l'échelle communale, qu'il s'agisse d'élu-es à la santé ou à la politique de la ville.



Comité de pilotage

Concernant la mise en place d'un comité de pilotage, notons que seuls 8% des ASV et 26% des CLS se réunissent au moins une fois par an.

Notons que 4 ASV sur 10 ne réunissent jamais les membres de leur comité de pilotage, contre 10% des CLS.



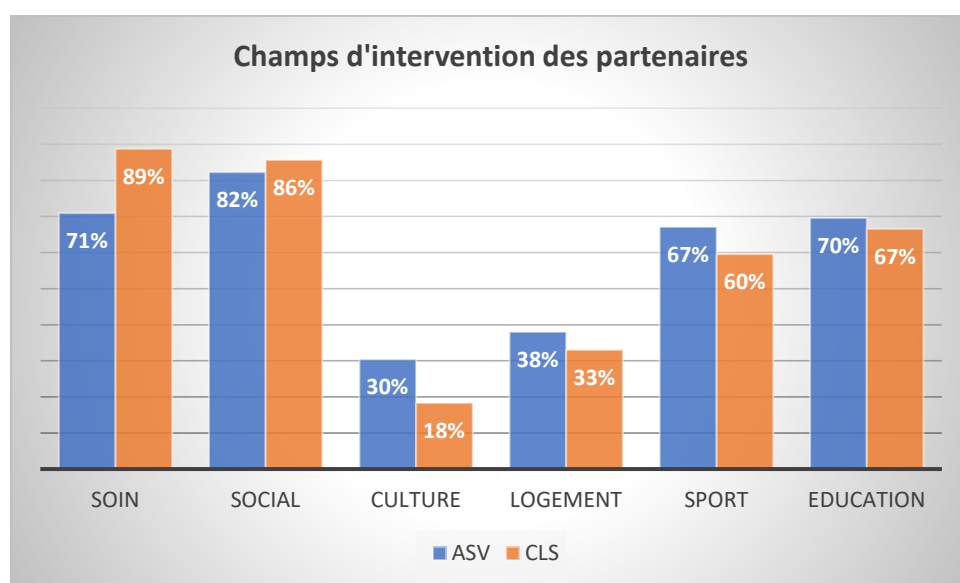
IV. Partenaires, partenariats et articulations entre les démarches et dispositifs

Les principaux partenaires

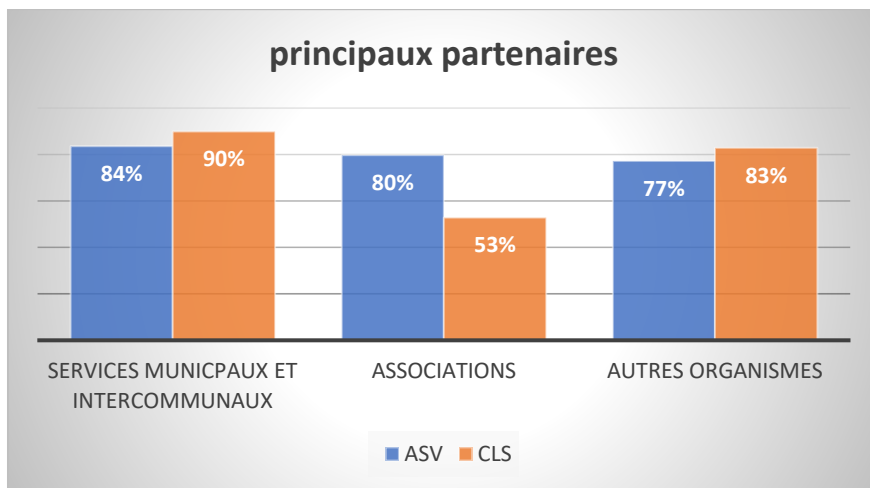
Acteurs et actives impliqués

Les dispositifs de santé incluent une variété de partenaires relevant principalement des champs du soin et du social, suivis de l'éducation et du sport, enfin de la culture et du logement. Les partenariats peuvent également impliquer des services de police, gendarmerie, et des associations environnementales.

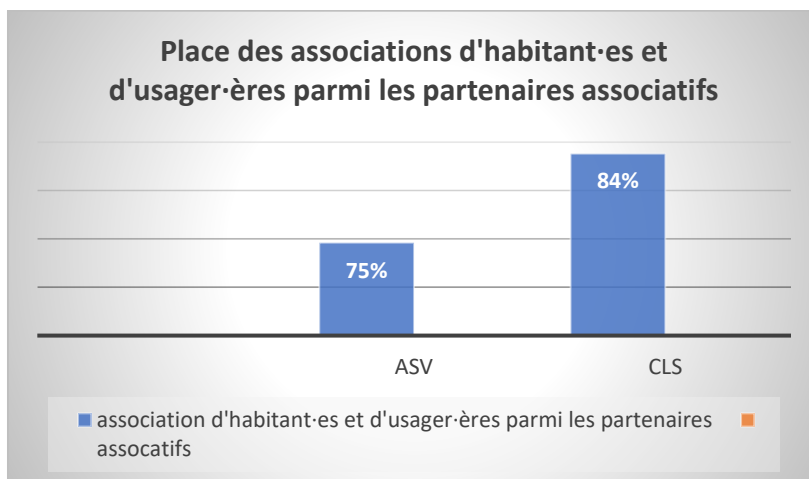
Notons que la place des acteurs et actrices du soin est particulièrement forte dans le cas des CLS (89%). Parmi eux on retrouvera une grande variété de structures tels que les CPTS (mais seulement 4 des 257 répondants), des établissements de santé (cliniques, hôpitaux) ou des professionnels du médico-social.



Plus de 80% des démarches territoriales de santé comptent au sein de leur réseau de partenaires des services municipaux et intercommunaux (respectivement 84% et 90% des ASV et CLS). La place des acteurs associatifs est en revanche plus contrastée entre ASV et CLS, puisqu'ils ne représentent « que » 53% des partenaires d'un CLS contre 80% de ceux d'un ASV. Enfin des « autres organismes » regroupent des institutions comme les PMI, CAF et CPAM. On peut constater que leur place est prépondérante parmi le réseau partenarial de notre échantillon.



Notons que la place des associations d'habitant·es parmi les réseaux de partenaires associatifs est très forte. Elle représente les trois quarts des partenaires associatifs des ASV et 84% de ceux des CLS.

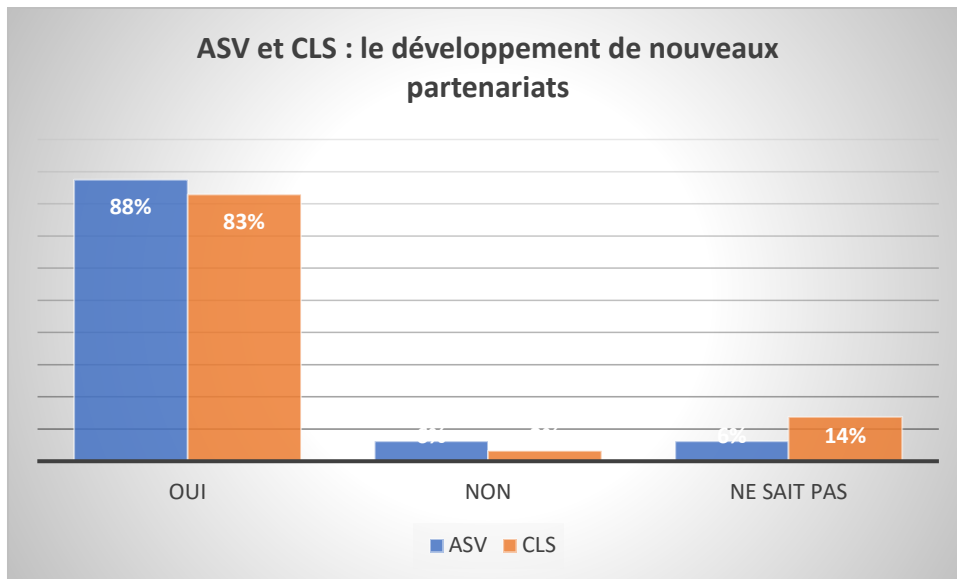


Nombre de partenaires

Le nombre de partenaires varie considérablement, avec des réponses mentionnant jusqu'à 45 types de partenaires différentes. Ils comprennent des entités variées, allant des institutions de santé aux associations locales, en passant par les bailleurs sociaux, les entreprises, et les services de sécurité.

Impact du déploiement des démarches territoriales de santé sur le partenariat.

A la question, « les démarches ASV ou CLS vous ont-elles permis de développer de nouveaux partenaires ? », une très nette majorité répond positivement.



Parmi ces nouveaux partenaires, on compte des CPTS, des entreprises, des universités ou IFSI, des maisons de santé, des acteurs du renouvellement urbain ...

Enfin, des partenariats sont encore en cours de développement, notamment avec des acteurs de la justice, de la police, de l'agriculture, de la culture.

Articulation entre les démarches ou dispositifs

Les modes d'articulation entre les dispositifs comprennent des réunions régulières, des groupes de travail communs, des instances de pilotage partagées, des outils partagés, des rencontres thématiques, des temps d'échange mensuels, etc.

Certains dispositifs partagent des bureaux, facilitant ainsi la coordination quotidienne. La double voire triple « casquette » ou le fait que plusieurs dispositifs soient portés par le même service est souvent présentée comme une situation facilitant l'articulation.

V. Financement

Budgets annuels

Les budgets annuels des ASV et CLS varient considérablement d'un territoire à l'autre. Les montants mentionnés vont de 0 à 1 720 865 euros.

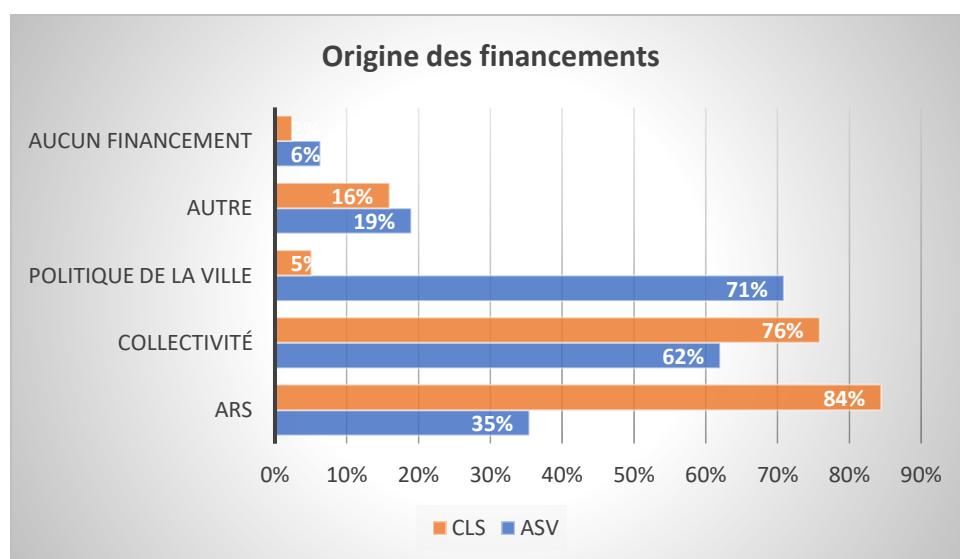
Notons que certains ASV et CLS ne disposent pas de budget pour la programmation d'actions, seule la coordination bénéficie d'un budget.

Origine des financements dédiés à la coordination

Les sources de financement proviennent de diverses entités. En premier lieu, des collectivités locales et de la politique de la ville pour les ASV ; l'Agence Régionale de Santé (ARS) dans le cas des CLS.

Des fondations ou comités thématiques (à l'image du Comité Interministériel de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (MILDECA) ou encore de partenaires spécifiques tels que la Cité Éducative, peuvent également être mobilisés dans une moindre mesure,

Certains ASV signalent dépendre d'autres dispositifs tels que le Contrat Local de Santé (CLS).



Origine des financements dédiés à aux actions

Les appels à projets sont devenus la règle : pour financer les actions de la programmation, la réponse à des appels à projets est incontournable, puisque l'on constate que seuls 20 % des CLS et 12% des ASV disposent d'une enveloppe dédiée. Cette situation a un impact fort sur la charge de travail des professionnel·les qui doivent identifier les appels à projets les plus pertinents, diffuser cette

information aux réseaux de partenaires susceptibles de pouvoir y répondre, éventuellement rédiger des dossiers de réponses pour des actions conduites directement par la coordination, puis rendre compte des actions menées auprès des institutions ou fondations à l'origine des appels à projets. C'est autant de temps qui ne sera pas consacré à l'animation du réseau de partenaires et à la coordination, c'est aussi un manque de visibilité de la capacité à conduire l'ensemble des actions envisagées.

