



Les **A**teliers **S**anté **V**ille de Rhône-Alpes

Etat des lieux et perspectives
d'accompagnement en région

Actes du forum régional
du 25 juin 2009

Sainte-Foy-lès-Lyon



Avec le soutien de l'INPES

FRAES
Fédération Rhône-Alpes d'Éducation pour la Santé
Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida
www.education-sante-ra.org

OUVERTURE DU SEMINAIRE	5
Olivier François, FRAES	6
Agnès Varnat, SGAR	6
Animation en région. Généralisation de l'expérience ?	
Catherine Richard, CIV	8
1. Comment concevoir un espace idéal de construction ?	9
2. Comment maintenir l'objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ?	9
3. Quelles autres démarches d'expérimentation d'animation en région ?	10
4. Le volet santé dans les CUCS. Quelques éléments de figure	12
5. CUCS/ASV et contrats locaux de santé	13
Enquête ACSE sur les ASV en 2008.	
Vincent Cramard, ACSE	15
1. Le volet santé des CUCS	15
2. L'enquête	16
INTERVENTIONS	23
Inégalités sociales et territoriales en santé. Quelles réalités en Rhône-Alpes ?	
Olivier GUYE, ORS Rhône-Alpes	25
1. Historique et contexte	25
2. Disparités de santé. Quelques illustrations en Rhône-Alpes	26
3. Disparités sociales et actions locales	30
Les Ateliers Santé Ville en Rhône-Alpes.	
Mathilde Moradell, Isabelle Jacob, FRAES, Chantal Mannoni	33
ATELIERS	41
Atelier 1 Populations d'un territoire : objets et modes de participation	42
Atelier 2 Prévention : quand et comment intervenir ? Exemple des conduites à risques	49
Atelier 3 Santé mentale : quelles approches et stratégies de réseaux ?	52
Atelier 4 Transversalité	57
Atelier 5 Gouvernance	62
Atelier 6 Observation locale en santé	69
Atelier 7 Mobilisation des professionnels de santé	73
Atelier 8 Accessibilité et recours aux soins et à la prévention, où en sommes nous ?	78
TABLE RONDE	85
ANNEXES	101

REMERCIEMENTS

Cette journée n'aurait pu avoir lieu sans le soutien et la participation précieuse de plusieurs personnes, dont les membres du groupe technique. Qu'ils en soient ici vivement remerciés :

- Mohamed Boussouar, Education Santé Loire,
- Myriam Buffet, ASV Lyon et représentant du Collectif Santé,
- Isabelle Chenevez, directrice CR-DSU,
- Dominique Fiasson, ASV St Etienne et représentant du Collectif Santé,
- Mathieu Fortin, ASV Villeurbanne
- Olivier Guye, directeur ORS RA,
- Aude Legube, chargée de mission CR-DSU,
- Chantal Mannoni, consultante en santé publique,
- Emmanuel Ricard, délégué SFSP,
- Catherine Richard, chargée de mission secrétariat général CIV,
- Christine Rondel, DDASS Rhône,
- Muriel Salort-Carayon, chargée de communication, CR-DSU,
- Agnès Varnat, SGAR.

OUVERTURE DU SEMINAIRE



Olivier FRANCOIS, FRAES

Je suis Olivier François, directeur de la FRAES, qui a préparé cette journée. Je voudrais tout de suite laisser la parole aux intervenants pour la séance d'ouverture en priant d'excuser M. Chapas, Maire de Sainte-Foy-Les-Lyon qui n'était pas disponible ce matin, de même que M. Vuibert, Préfet délégué à l'égalité des chances, qui est représenté dans la salle par M. May, DDASS du Rhône et je le remercie pour sa présence.

Je voudrais excuser plusieurs personnes :

- M. Monteil, Président du Conseil Général de Haute Savoie
- M. Gaymard, Député et Président du Conseil Général de Savoie
- M. Vincent, Maire de Saint-Etienne
- M. Mazuir, Sénateur et Président du Conseil Général de l'Ain
- M. Guillaume, Sénateur et Président du Conseil Général de la Drôme
- M. Forissier, Maire de Meyzieu
- Mme Begard, DGAS, Bourg en Bresse
- Mme Puzin, DDASS Drôme
- Mme Gerhard, INPES
- Mme Leuridan, DRASS
- M. Philip, Conseil Régional
- Mme Novelli, Conseil Régional

Je cède tout de suite la parole à Agnès Varnat du SGAR.

Agnès VARNAT, SGAR

Merci. Bonjour à tous. Je suis chargée de mission pour la cohésion sociale auprès du préfet de région au SGAR (Secrétariat Général pour les Affaires Régionales). Je vais faire quelques mots d'introduction rapide simplement pour resituer notre rencontre d'aujourd'hui en faisant un petit éclairage à la fois sur le contexte national et puis, plus particulièrement, sur le contexte local.

Les Ateliers Santé Ville (ASV), évidemment je ne vous apprends rien, c'est un axe structurant des Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS). Je voudrais rappeler l'actualité de la politique de la ville en ce moment, et la journée trouve tout à fait sa place en termes de calendrier de réflexion. Comme vous le savez, et je m'excuse pour ceux à qui je ne fais que rappeler des évidences mais tout le monde ne le sait peut-être pas et tout le monde n'en a pas peut-être conscience, le calendrier des CUCS, c'était 2007-2009 puis 2010-2012. Fadela Amara a décidé récemment de prolonger d'une année les CUCS pour laisser toute sa place en terme de calendrier à la réflexion plus globale sur la politique de la ville. Tout cela est souvent très passionnel : il y a beaucoup d'enjeux derrière la politique de la ville, il y a aussi beaucoup de partenariats. Il est donc important de se donner le temps de la concertation. Plutôt que de faire dans la précipitation une nouvelle génération de CUCS pour à nouveau 3 ans, il valait mieux se donner le temps, véritablement, de la réflexion avec sérénité d'où cette décision récente de la Ministre. A propos de concertation précisément, les Préfets ont été chargés d'une partie de la concertation. Vous savez qu'il y a aussi des parlementaires qui doivent rendre des propositions à la Secrétaire d'Etat à la politique de la ville pour savoir comment poursuivre dans la

politique de la ville avec, si possible, toujours plus d'efficacité. Du côté des préfets de département, Fadela Amara a demandé aux Préfets de mener une concertation avec l'ensemble des partenaires de la politique de la ville. Sans doute avez-vous été associés de près, de loin, de façon directe ou indirecte, à l'ensemble de ces réflexions qui ont été menées dans l'ensemble des 8 départements de la région Rhône-Alpes, comme dans la France entière d'ailleurs. Ceci a donné lieu à des échanges assez denses et à des rapports établis par les préfets de département qui ont été rendus à la Secrétaire d'Etat à la Ville le 15 mai dernier. Ces rapports ont fait état des réflexions des uns et des autres, d'un état des bilans et des perspectives. Voilà. Ceci c'était le 1^{er} élément autour de la concertation sur la politique de la ville dont l'enjeu est de savoir comment faire mieux pour la suite.

Deuxièmement, je voudrais rappeler la mise en place, là aussi je me fais la porteuse de messages, des délégués du préfet. Il y en a quelques-uns dans la salle que je salue à nouveau. La décision de mise en place des délégués du préfet a été prise il y a quelques mois. L'idée est multiple. Elle est de renforcer la présence de l'Etat dans les quartiers et justement d'avoir des personnes qui soient en mesure non seulement d'assurer plus de présence mais aussi de coordination. La politique de la ville, là aussi, que ce soit pour les ASV ou pour tous les autres axes thématiques, c'est véritablement un partenariat tous azimuts. C'est à la fois sa force et parfois sa faiblesse. L'idée est de coordonner au mieux, d'avoir un interlocuteur qui fasse l'interface entre le terrain et les services de l'Etat et qui permette une meilleure application de ce que l'on appelle le droit commun, c'est à dire les politiques publiques non spécifiques. La politique de la ville, c'est à la fois du droit commun, donc des politiques qui s'appliquent à tous et puis, des crédits spécifiques. Et vous savez que, bien souvent, on a reproché à la politique de la ville, à tort ou à raison, de substituer au droit commun une politique un peu spécifique au lieu de venir en complémentarité comme c'était pensé au départ. L'idée est donc de revenir vraiment à cette complémentarité de droit commun/crédits spécifiques. Là aussi, les délégués du préfet auront un rôle important à jouer pour coordonner le plus possible l'ensemble des services de l'Etat, qui sont nombreux mais qui devront être resserrés, et puis, encore une fois, l'ensemble des partenaires. Sachez le, parce que en tant que coordonnateur ASV et partenaire divers et varié aujourd'hui présents dans la salle, il faut savoir qu'il y a ce réseau. Il faut savoir que vous pouvez, et non seulement vous pouvez mais devez, les solliciter. En Rhône-Alpes, il y aura de façon théorique 30 délégués du préfet. Aujourd'hui, il y en a 24 qui sont nommés, dont une bonne moitié pour le département du Rhône.

Pour terminer avec le contexte national et là, je pense que vous y reviendrez de façon plus développée, je voudrais évoquer la loi HPST (Hôpital Patients Santé et Territoire) qui là aussi met un focus particulier sur les enjeux de santé. Ainsi, dans le cadre des prochains CUCS, il y aura cette donnée incontournable de mise en place des Agences Régionales de Santé. Quel sera le partenariat ? Comment penser tout cela ? Comment faire en sorte que la politique de la santé continue d'être prise en compte, et si possible toujours mieux, dans la politique de la ville ?

Notre rencontre d'aujourd'hui est née au départ d'une volonté de la DIV, actuel Secrétariat Général du Comité Interministériel des Villes (CIV), de structurer précisément l'animation et la réflexion en matière d'ASV dans les CUCS, de faire plutôt de la mise en réseau plutôt que de laisser chaque ASV se développer de façon plus ou moins efficace, certainement efficace, mais en tout cas de façon isolée. L'idée c'est bien de la mise en réseau, de l'échange d'expériences, de l'échange de bonnes pratiques, etc...La DIV s'est tournée vers le SGAR, le SGAR étant le relais régional en

terme d'animation de la politique de la ville. Le SGAR s'est tourné vers la FRAES qui a pris en charge avec beaucoup d'efficacité l'animation des différentes étapes qui nous mènent à la journée d'aujourd'hui en mettant en place des premières réunions avec plusieurs partenaires pour engager la réflexion sur la méthodologie et puis un comité de pilotage qui permette d'acter les différentes étapes de ce processus.

Tout ceci nous mène à la réunion d'aujourd'hui qui a pour but, aussi, de réaliser une mise en perspective de ce qui s'est fait en Rhône-Alpes depuis la mise en place des ASV et puis, véritablement, de se donner tous ensemble l'occasion d'échanger sur ses pratiques, de se dire quelles sont les forces et les faiblesses. Comment est-ce qu'on peut structurer au mieux, capitaliser au mieux, mutualiser au mieux l'ensemble de ce qui s'est fait en région Rhône-Alpes pour garantir un petit peu l'avenir ? Je ne vais pas en dire plus si ce n'est que la santé reste évidemment un enjeu très fort en matière d'inégalités sociales, d'inégalités de territoire et donc, un enjeu très fort également de la politique de la ville et de l'ensemble des politiques publiques. Je remercie à l'ensemble des participants d'être présents aujourd'hui et je vous souhaite de fructueux travaux. Merci.

Animation en région : généralisation de l'expérience ?

Politiques de la ville et de cohésion sociale : CUCS-ASV-CLS pour un projet local de santé.

Catherine RICHARD
Secrétariat Général du CIV

Bonjour à tous. Après cette belle introduction, j'ai 10 mn pour vous parler ce matin. J'ai prévu un petit support synthétique.

L'année 2008 était assez dense en manifestations, colloques, congrès internationaux dont la SFSP, du CNFPT, de l'INPES, la FNORS sur les inégalités sociales de santé. A cette occasion, un bon nombre d'entre vous ont su faire valoir la capacité des travaux des ASV et leurs productions. Dans les conclusions de ces manifestations, les ASV ont été cités comme une instance nouvelle de développement de projets et être enfin (re)connus par un bon nombre d'acteurs. En octobre 2008, il y a eu également le séminaire national à Bordeaux consacré aux Ateliers Santé Ville pour la journée nationale du 5 décembre au ministère de la santé consacré aux liens entre politique de la ville et politique de santé et territoires. Nous étions surtout dans un contexte où se dessinait l'élaboration de la loi HPST (Hôpital Patients Santé Territoires). Il a été tout à fait important de pouvoir finir cette année-là sur la convergence entre les politiques de santé, cohésion sociale et politique de la ville.

A l'issue de ces travaux, et dans les perspectives de ce qui allait se jouer avec les mesures du Comité Interministériel des Villes de juin 2008, une des pistes retenue était d'initier les échanges de pratiques avec les partenaires de la politique de la ville, de la cohésion sociale et de l'ACSé au niveau régional. Le niveau régional est celui de l'élaboration des projets régionaux de santé et celui des stratégies, il semblait

opportun de lancer -dès la fin 2008 -des programmes en réponse aux conclusions du séminaire de Bordeaux à ce niveau : échanges de pratiques entre communes avec un CUCS, élaboration d'un tronc commun méthodologique, identification et qualification des problématiques que vous pouvez retrouver sur les territoires. Bref, de soutenir le niveau local par des compétences existantes à ce niveau avec un pilotage élargi de partenaires.

L'expérimentation a été saisie par 3 régions : Rhône-Alpes évidemment, Ile de France et Aquitaine. Je vais vous en présenter les grandes lignes et aussi quelques opportunités aujourd'hui, quelques principes. Nous avons également réalisé deux bilans, deux études. L'un sur le volet santé des CUCS : cette étude présente une analyse critique du volet santé des CUCS qui sera restituée le 30 juin aux partenaires de l'état et aux collectivités territoriales qui ont contribué à cette analyse, notamment auprès des 10 sites sur lesquels une monographie a été réalisée, les 60 CUCS étudiés de façon plus approfondie sur les 487 exactement. L'ACSé a également réalisé un état des lieux des ASV qui vous sera présenté par M. Cramard, chargé de mission.

1. Comment concevoir un espace idéal de construction ?

- Concilier une vision globale des territoires de santé et une vision locale, à partir des diagnostics, de l'observation, de l'évaluation d'impact
- Comité de pilotage état et collectivités territoriales, instances de concertation : conférence régionale de santé
- Associer les Centres de ressources, universités, pôles régionaux de compétence fonction support aux acteurs : promotion de la santé (cahier des charges Inpes)
- Inscrire la légitimité opérationnelle par rapport aux différents partenaires
- Intégrer les conditions d'une programmation dans la durée
- Concrétiser la territorialisation des politiques de santé
- Créer une coordination régionale des ASV/PLS/CLS

Il est nécessaire de rappeler combien la contribution des collectivités locales est importante dans le cadre des politiques de santé. Cette légitimité opérationnelle va se construire au fil du temps et le niveau régional est pour cela un bon espace de concrétisation de cet enjeu. Et créer un espace de coordination régional des ASV, là je passe un peu vite, c'est associer pour élaborer aussi avec eux les projets locaux de santé en vue des contrats locaux de santé.

2. Comment maintenir l'objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ?

- Emettre des hypothèses en termes d'évolution des situations locales
- Outiller et perfectionner les mécanismes d'évaluation
- Développer des cultures et langages communs et partagés, en particulier entre les techniciens et les élus.

3. Quelles autres démarches d'expérimentation d'animation en région ?

- **Le projet Aquitain**

Pour le projet Aquitain, trois termes construisent leur projet : **suivi, évaluation, valorisation** (est également abordé le gros problème de l'absence de visibilité, de lisibilité) :

- Pilotage régional CRAES-CRIPS et création du réseau régional d'acteurs de la santé de la Politique de la Ville et des chefs de projets CUCS : aide à l'élaboration des CLS avec les Elus
- L'Etat s'engage à soutenir un projet de modélisation de recherches –action sur l'animation du volet santé à partir de la démarche ASV et sa diffusion sur d'autres territoires de projets.
- Partages d'expériences et de pratiques
- Approfondissement en termes opérationnels des thèmes santé mentale, addictions, lutte contre les discriminations
- Assurer un suivi quantitatif et qualitatif des actions des ASV, les valoriser et communiquer sur leurs résultats

La question évoquée est celle de la communication. Comment peut-on communiquer les résultats, les écarts aux partenaires qui sont engagés dans la construction des projets au niveau local et dans le cadre des ASV ? Comment communiquer aussi sur la politique des villes qui s'inscrivent dans ce champ particulier qui serait de prendre soin de sa population ? Garder l'attention sur les problématiques émergentes, savoir être réactifs et montrer concrètement aux élus, aux citoyens, combien la contribution des villes est importante, notamment pour la proximité qu'elle peut offrir.

En Aquitaine, le pilotage régional est animé par le craes-crips avec la création d'un comité régional composé d'acteurs de la Politique de la Ville et de chefs de projets CUCS. Les études signalent un gros problème de « décrochage », pourrait-on dire, de l'ASV par rapport à la politique de la ville. Nous le voyons aussi sur les questions de diagnostic de l'offre de soins. La santé a du mal globalement à s'intégrer comme thématique spécifique et transversale malgré le fait, depuis 2006, qu'elle est devenue une des priorités de la politique de la ville ! Cette difficulté s'exprime aussi dans le peu d'interactions entre les thématiques du CUCS pour agir sur les déterminants de santé : ceux des conditions de vie et d'environnement urbain, mais aussi sur les dysfonctionnements des services au public concernés par les « bonnes pratiques » : recours aux soins et à la prévention. Comment peut-on poser ces questions-là comme objet dans les travaux de groupe et surtout quelles résolutions ? Quelles innovations vont se mettre en place pour pallier à des déficits et à des dysfonctionnements ? Tout cela demande du temps, ce n'est pas magique. On a affaire à des hommes et des femmes qui ont tous des problématiques spécifiques, particulières dans le cadre de leur exercice professionnel avec lesquels il va falloir penser.

• *Le projet Ile de France*

En Ile de France, c'est tout à fait autre chose. Cela fait partie aussi des travaux issus du Congrès de la Fnors, du séminaire de Bordeaux et des conclusions du Comité Interministériel des Villes de juin 2008 dans le cadre des Contrats Locaux de Santé de créer des instances d'observation locale. Il s'agit de rapprocher les travaux de l'ORS et ceux du niveau local, d'émettre un certain nombre d'hypothèses pour ressembler des données utiles à ces deux échelles de territoires et dégager des indicateurs pertinents. Il s'agit aussi de préciser comment le niveau local peut travailler, explorer et compléter ses données, notamment sur la base d'études ciblées localement, de façon à alimenter son observatoire sachant que les situations et les contextes toutes différentes d'une ville à une autre. Le diagnostic territorial est incontournable dans ce cadre comme préalable.

- Action co-pilotée par la DRASS, le SGAR, mission Egalité des chances (Acsé) avec : ORS Idf, Universités Paris VIII et Paris X, deux centres de ressources (93 et 95)
- Assurer l'animation régionale des dispositifs locaux destinés à promouvoir la santé des personnes en situation de vulnérabilité sociale, à travers les ASV
- Accompagner les coordinateurs sur **l'observation de la santé** dans le cadre du diagnostic local de santé inscrit dans le projet local de santé publique
- Harmoniser les connaissances dans l'observation, dans l'accès aux informations et dans la méthodologie d'élaboration des projets locaux de santé
- Séminaire ORS en 26 et 27 novembre au Cnam et les 23 juin à la Drass sur Observation Locale en Santé et le 29 juin sur l'accès aux données.

L'observation locale

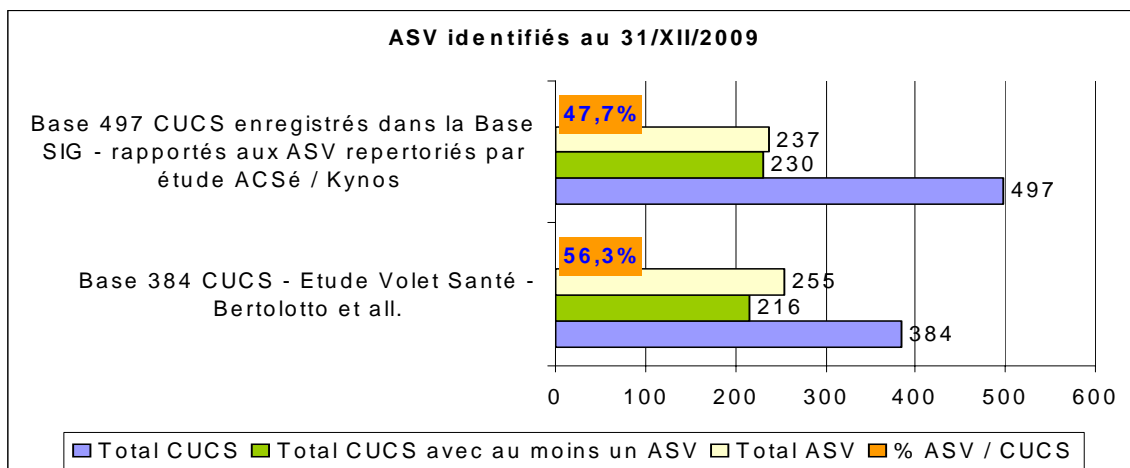
- Comment passer des standards nationaux à leur opérationnalité sur le terrain ?
- Comment accompagner une réflexion s'appuyant sur des hypothèses plutôt que sur des indicateurs. Comment donner du sens à l'observation locale ?
- Comment l'observation peut-elle aider à prédire les besoins ?

Une journée sur de l'observation locale, organisée par l'association Elus Santé Publique et Territoire (ESPT/www.espt.asso.fr) se déroulera à Marseille le 9 octobre prochain. Il est important d'y aller pour échanger sur ce que les villes attendent de ces observations locales de santé, et surtout sur ce qu'elles peuvent lancer comme réflexions pour pouvoir réaliser cet observatoire.

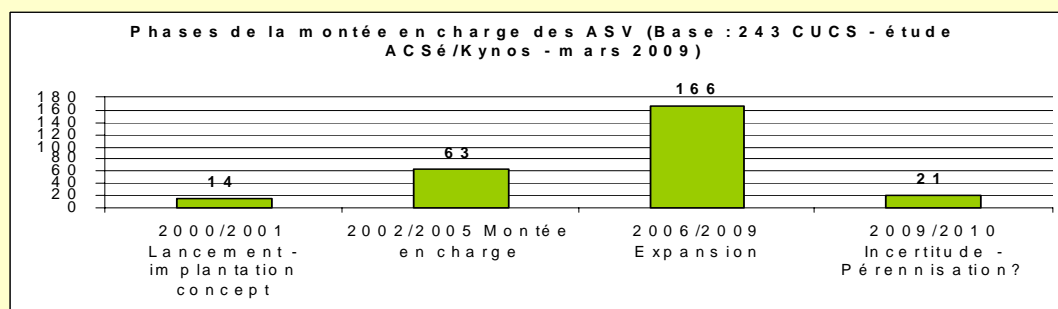
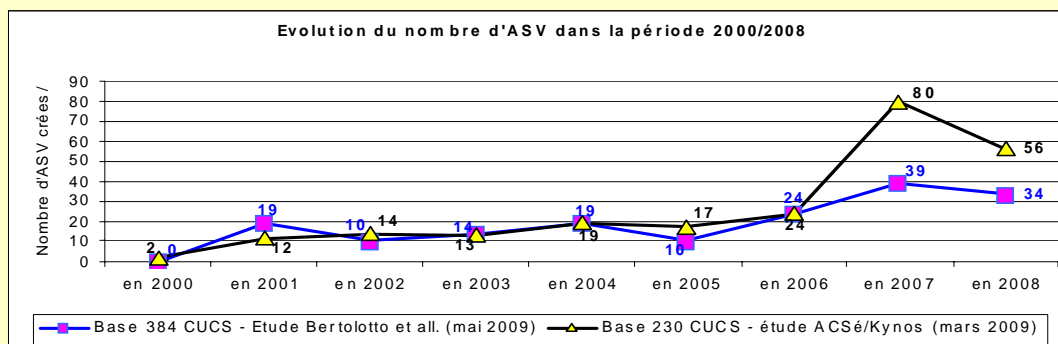
4. Le volet santé dans les CUCS. Quelques éléments de figure

• CUCS ET ASV

Pour vous donner, globalement, 2,3 figures suite à l'analyse critique du volet santé des CUCS. Soyez sûrs que lorsqu'il y a un ASV dans une ville, la plus value est totalement démontrée. L'atelier est un élément structurant, du fait de vos travaux. Quand une ville a un volet santé avec ASV, il y a beaucoup plus de qualité et plus de programmation et d'implication des partenaires. Il y a notamment une plus importante participation ou consultation des habitants aussi en terme de suivi des projets et d'application des programmes au niveau des territoires. C'est un élément excessivement important et j'espère que la diffusion de l'analyse critique va vous permettre de vous réapproprier non seulement cette bonne et heureuse nouvelle preuve, dont les institutions avaient besoin, mais aussi de repérer tout ce qu'il est nécessaire d'améliorer, ce qui me paraît le plus judicieux.

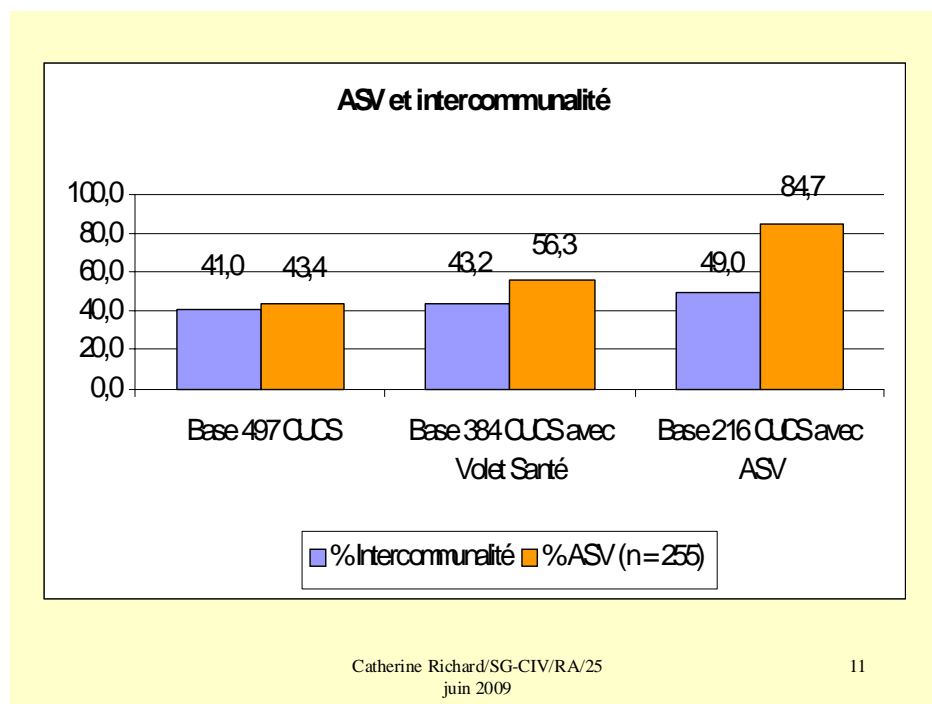


L'évolution du nombre d'ASV montre combien en 2006, quand la santé a été une des priorités de la politique de la ville, le développement a été exponentiel. Maintenant, on sait bien qu'il y a des graduations en terme de qualité et de compréhension, d'interprétation de l'ASV au niveau local.



Quelle configuration ?

La configuration qui prédomine, c'est l'intercommunalité pour la programmation de l'ASV.



• Quelles principales orientations ?

- Développement à atteindre dans les territoires régionaux, départementaux : plus value si implication de l'état
 - Donner les moyens PdV à la hauteur des enjeux (inégalités sociales et territoriales de santé) sur le pilotage (implication des Maires et de leurs adjoints) et la coordination locale et les outils : l'ingénierie, animation, suivi, observation, évaluation, communication
 - Intervention sur des problèmes majeurs en santé publique : mortalité prématurée évitable < à 65 ans, PRAPS, ..
 - Rechercher les publics minoritaires mais vulnérables et précarisés (référence aux caractéristiques des quartiers)
 - Réflexions et innovation sur le déficit en offre de soin libéral (pratiques des PS et mode d'exercice) articulé avec le PRU
 - Coordonner les structures de soins pour combler les déficits en PS
- Développement à atteindre : Il existe encore des régions ou des départements qui n'ont pas beaucoup développé les ASV. Ce que nous pouvons confirmer est que la plus value dépend aussi de l'implication de l'Etat. Sur ce point, on voit une forte progression du développement des ASV, mais aussi des progrès en terme de structuration, d'échanges. Il est probable aussi que cela se retrouvera dans la qualité des projets locaux de santé signés éventuellement par les ARS ;
 - Enjeu d'intervenir sur les problèmes majeurs de santé publique et de toucher l'ensemble de la population : les hommes échappent complètement aux

messages préventifs ; les femmes suivant les départements à faible taux de dépistage des cancers.

- Réflexion et innovation sur le déficit en offre de soin libéral en lien avec le Programme de Renouveau Urbain (PRU). S'il y a un message à faire passer, ce serait celui-là : comment peut-on favoriser et faciliter un regroupement, si PRU comment l'inscrire dès le départ dans la programmation du RU ? Les maires doivent être informés que les financements seront plus compliqués à obtenir s'ils ne trouvent pas la surface pour les professionnels de santé (PS) favorables au regroupement dans le cadre du PRU,;
- Enjeu de connaître les ressources sur son territoire de PS, les articulations entre structures et avoir une synergie de programmation quand le manque de spécialistes pénalise le recours aux soins dans un quartier. Il y a peut-être beaucoup de PS dans d'autres secteurs géographiques : comment travailler avec eux pour créer des vacations de proximité, réduire le temps d'attente, etc.. ?

5. CUCS/ASV et contrats locaux de santé

CUCS/ASV : CLS/ARS? Élaboration d'un projet local de santé

- **Positionnement des collectivités locales** dans l'élaboration d'un PLS : programmes de promotion de la santé, prévention (PRAPS, discriminations), politiques de soins, médico-social,
- **Coordination locale** : réunir les compétences d'une équipe des CL (ou de regroupement CL) dont l'ingénierie sur l'ASV
et transversale : agir sur les priorités thématiques de la PdV (déterminants de la santé)
- **Intégrer le conseil local en santé mentale**
- **Observation locale de santé** : outil de suivi des programmes avec une application particulière sur les quartiers prioritaires de la PDV (ASV)
- **Evaluation d'impact** du projet local de santé
- **Soutien et formation** du niveau régional au local : DRCS (ACSé), pôles de compétences, ORS, Inpes, ARS.

- **Positionnement des collectivités locales** : comment les collectivités territoriales se positionnent pour signer un contrat local de santé ? C'était pour 2009..on a 6 mois de retard, mais c'était dans l'attente de la promulgation de la loi. Ce n'est pas grave. On peut s'y mettre pour travailler sur les projets locaux de santé.
- **Coordination locale** : là, c'est aussi l'occasion de positionner l'ASV qui était très souvent mal positionné au sein de l'appareil municipal. C'est véritablement réunir les compétences d'une équipe des collectivités locales, dont l'ingénierie ASV et se positionner au regard d'une programmation dans le temps.
- **Coordination transversale** : agir sur les déterminants de santé et en particulier sur les thèmes prioritaires de la PdV où, vous le savez, il y a l'insertion, le renouvellement urbain, le cadre de vie, les questions de l'emploi,

etc...Si déjà, on articule les choses avec ces thèmes là, on aura fait un très, très grand pas. Comment les questions de santé se répercutent sur les déterminants de santé ? C'est un programme à part entière et là, l'implication des élus est fondamentale.

- **La santé mentale est une des thématiques prioritaires.** Il y a des villes qui ont créé des Conseils locaux en santé mentale..et ces CLSM ne sont pas articulés à l'ASV. C'est un gros problème. Cela veut dire qu'il y a un cloisonnement qui est fort visible.
- **Evaluation d'impact.** C'est une méthode qui est soutenue aussi bien par l'INPES. C'est simple et important de l'intégrer dès le départ
- **Soutien et formation du niveau régional au local**

Juste un mot. Nous avons tous été touchés par le décès de Séverine Rousset. C'est toujours très marquant quand quelqu'un disparaît. Je n'étais pas avec vous, je n'ai pas pu le faire, j'ai été saisie et je voulais vous faire part de la peine que je partage avec vous.

L'enquête ASV 2008

Vincent CRAMARD
Chargé de mission, ACSE

Bonjour à tous. Je vais vous parler de quelques éléments généraux de l'ACSé en matière de santé et vous présenter aussi très succinctement quelques résultats de l'enquête qu'on a menée cette année en complément de l'évaluation qu'a réalisé la DIV sur le volet santé des CUCS.

1. Le volet santé des CUCS

Le volet santé des CUCS

Les financements de l'ACSÉ :

Santé et accès aux soins : 14,3 M €

dont ASV : 6,5 M €

dont accès à la prévention et aux soins : 6,5 M €

dont prévention de la toxicomanie : 1,3 M €



L'agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances
209, rue de Bercy – 75012 Paris • 01 40 02 77 01 • www.lacse.fr

Le volet santé des CUCS

L'Acsé assure le suivi et l'animation des ateliers santé ville depuis 2007. Plusieurs outils sont mis en place depuis cette date :

- Un suivi financier (avec les préfetures)
- Une enquête auto déclarative quantitative permet d'établir un état des lieux exhaustif de l'action des ASV en 2008 (document présenté aujourd'hui)
- Une étude complémentaire sur les financements de l'agence en matière de santé, hors ASV, est en cours d'analyse
- Ces enquêtes vont être prolongées par des évaluations qualitatives au cours de 2009
- L'objectif est de déboucher sur des préconisations à destination du terrain

L'Acsé contribue à la mise en œuvre de la Dynamique Espoir Banlieue (Contrats locaux de santé publique et Maisons de santé pluri professionnelles), notamment en terme de diagnostics et d'ingénierie



L'agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances
209, rue de Bercy – 75012 Paris • 01 40 02 77 01 • www.lacse.fr

2. Enquête ACSE sur les ASV en 2008

La synthèse est disponible sur le site internet de l'ACSE www.lacse.fr

L'enquête sur les ateliers santé ville en 2008

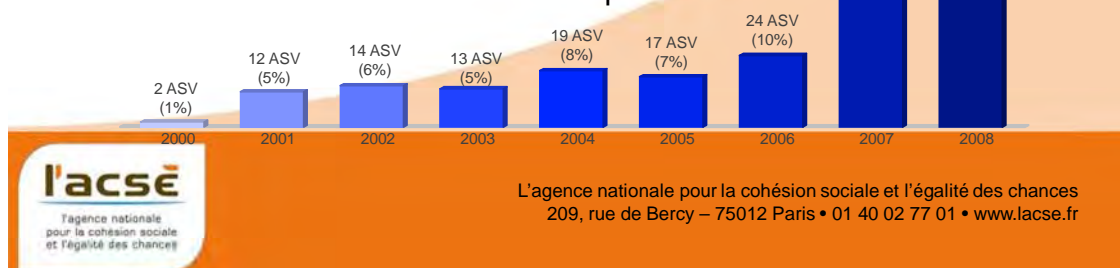
- Un répertoire actualisé des ASV existants au 31 décembre 2008
- Une enquête quantitative concernant ces ASV et leur activité en 2008
 - Des données remplies de façon auto-déclarative par les coordinateurs
 - Un taux de réponse de 97 %
 - Une base de données permettant une lecture à différentes échelles (national, régional, départemental, site par site)
 - Une synthèse nationale



L'agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances
209, rue de Bercy – 75012 Paris • 01 40 02 77 01 • www.lacse.fr

Les chiffres des ateliers santé ville au 31 décembre 2008

- 237 Ateliers Santé Ville (243 au 31 mars 2009) concentrées pour moitié dans 3 grandes régions : Ile de France, Rhône Alpes et PACA
- 2/3 des ASV concernent un territoire communal, 1/6 une intercommunalité, 1/6 un territoire infracommunal
- 82% des ASV sont portés par une ville ou intercommunalité, dont 15% par un CCAS
- 58% des ASV déclarent avoir démarré leur activité en 2007 ou 2008: impact PdV 2006



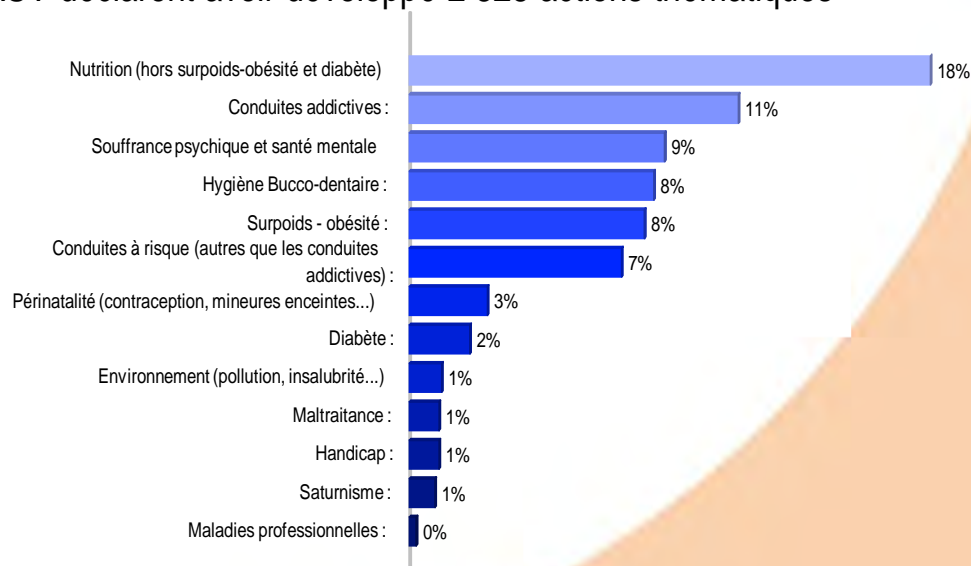
Les financements des ASV

➤ Financement total moyen d'un ASV : 62 944 € en 2008

Financiers	Financements 2008		
		Total	% du total
Acsé	25 771,00 €	4 690 406,00 €	40,50%
Villes et Intercommunalités	21 536,00 €	3 898 029,00 €	34%
Groupements régionaux de santé publique	6 722,00 €	1 142 694,00 €	10%
Autres	10 273,00 €	1 787 538,00 €	15,50%
Total	64 302,00 €	11 518 667,00 €	100,00%

Principaux thèmes de santé développés

- Les ASV déclarent avoir développé 2 328 actions thématiques



- Les thèmes les plus cités correspondent également aux déclinaisons des programmes nationaux de santé publique évoqués par les coordinateurs



L'agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances
209, rue de Bercy – 75012 Paris • 01 40 02 77 01 • www.lacse.fr

Population touchée par les ASV

➤ 119 ASV estiment avoir touché directement 500 000 personnes en 2008, soit 10 % de la population des quartiers concernée.

➤ *Les actions développées par les ASV touchent, par ordre d'importance :*

des adultes (25 – 60 ans)

des enfants (6 – 13 ans)

des adolescents (13 – 18 ans)

des jeunes (18 – 25 ans)

l'acse

Agence nationale
pour la cohésion sociale
et l'égalité des chances

L'agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances
209, rue de Bercy – 75012 Paris • 01 40 02 77 01 • www.lacse.fr

Points de vigilance

1. Tous les CUCS doivent développer un volet santé
1. La démarche ASV requiert
 - ✓ un diagnostic partagé une programmation de son action conforme aux préconisations du diagnostic
 - ✓ un travail partenarial (nécessité d'un poste de coordinateur de l'ASV)
 - ✓ la participation des habitants
 - ✓ une démarche d'évaluation
3. Les ASV doivent induire, autant que produire et financer, des actions de droit commun en direction des populations des quartiers de la politique de la ville
4. Les services de l'Etat, en particulier socio-sanitaires, sont les partenaires naturels principaux des communes dans cette démarche; il est nécessaire d'accroître leur participation financière aux actions mises en oeuvre

l'acse

Agence nationale
pour la cohésion sociale
et l'égalité des chances

L'agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances
209, rue de Bercy – 75012 Paris • 01 40 02 77 01 • www.lacse.fr

Un Etat des lieux positif

- Reconnaissance institutionnelle du rôle de la santé dans la politique de la ville (l'apparition d'un volet dédié à la santé dans les nouveaux CUCS en 2007 a favorisé la multiplication des ateliers santé ville, par exemple)
- Reconnaissance au national et au local de la plus value des ASV
- Le nombre de 300 ASV reste à atteindre (objectif du CIV de novembre 2006)

En perspective

- Dès octobre 2009, des réunions interrégionales seront organisées sur la question de la santé avec les préfetures et les DRASS/DDASS
- Une formation expérimentale des acteurs concernés, tenant compte de la diversité de leurs profils va être engagée au second semestre 2009
- Développement quantitatif et qualitatif des actions santé au bénéfice des habitants



L'agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances
209, rue de Bercy – 75012 Paris • 01 40 02 77 01 • www.lacse.fr



INTERVENTIONS



Introduction

Olivier FRANCOIS,
FRAES

Je remercie les intervenants de cette séance d'ouverture qui nous permettent de bien présenter le contexte.

Cette journée a été construite autour de trois temps forts. Le premier, qui va avoir lieu dans quelques minutes, c'est la question de la réalité en Rhône-Alpes, des inégalités de santé qu'on verra sous deux angles. D'abord, une présentation un peu plus théorique de la part de l'ORS, et je voudrais ici remercier Olivier Guye, et une analyse de l'existant qui a été faite par des membres de l'équipe de la FRAES et Chantal Mannoni, qui nous a beaucoup aidé.

Ces réalités, cette photographie un peu mouvante auront comme objectif d'éclairer les huit ateliers définis autour de thématiques fortes issues à la fois des réflexions du comité de pilotage, du groupe de travail, mais également de ce qui a pu remonter de la part des coordonnateurs ASV. C'est important de le souligner.

Le troisième temps fort, ce sera une synthèse autour des modalités possibles, et le « possible » est un mot important, pour l'animation en région autour des ASV. L'idée étant que les modalités qui auront pu émerger lors des ateliers puissent être débattues en fin de journée.

En terme de déroulé, je vais donc laisser la parole à Olivier Guye de l'ORS puis à Mathilde Moradell et Chantal Mannoni. Ensuite, nous partirons en atelier. A l'issue de cette pause déjeuner, et ce sera aussi un temps fort mais un peu en parallèle du déroulé, il y aura un « Espace ASV » dont la mise en place a été coordonnée par le Cr-DSU. Je voudrais en profiter pour remercier ce centre ressource en politique de la ville à la fois pour l'animation de cet espace et également pour sa participation précieuse aussi bien au sein du comité de pilotage que du groupe de travail. L'idée de cet espace ASV est de permettre une meilleure connaissance de l'existant via à la fois des documents papiers, des documents interactifs et surtout, via des échanges entre acteurs, ce qui me paraît être le fil rouge de la journée.

Quelques mots pour conclure sur les enjeux de cette journée. Vous rappeler, mais vous le savez tous, que c'est un premier temps fort régional autour de deux axes : d'une part celui de la mutualisation de dynamiques d'ores et déjà enclenchées, je pense au Collectif Santé qui est animé par le Cr-Dsu mais également à d'autres types d'animations, notamment départementales ; d'autre part, deuxième axe important, celui de définir des modalités d'animation en région qui vont correspondre aux besoins et aux attentes de l'ensemble des acteurs associés à cette démarche, que ce soient les élus, les techniciens ou les référents institutionnels.

Inégalités sociales et territoriales en santé. Quelles réalités en Rhône-Alpes ?

Olivier GUYE
ORS Rhône-Alpes

Merci. Donc je vais avoir un double enjeu. Le premier, c'est de ne pas être trop théorique et d'essayer de me rapprocher le plus possible du terrain et de la pratique. Et le deuxième enjeu qui vient d'être clairement exprimé par Mohamed Boussouar, c'est celui de rattraper le chronomètre.

1. Historique et contexte

Historique - Contexte

- Constat des disparités régionales de santé
- Création des ORS comme outil d'aide à l'identification des besoins des populations régionales
- Evolution de la santé publique du global vers le local
- Programmation de plus en plus ciblée
- Contexte politique :
 - Politique de la ville et ASV
 - Aménagement du territoire – Intégration d'une dimension sanitaire et sociale dans les projets de développement

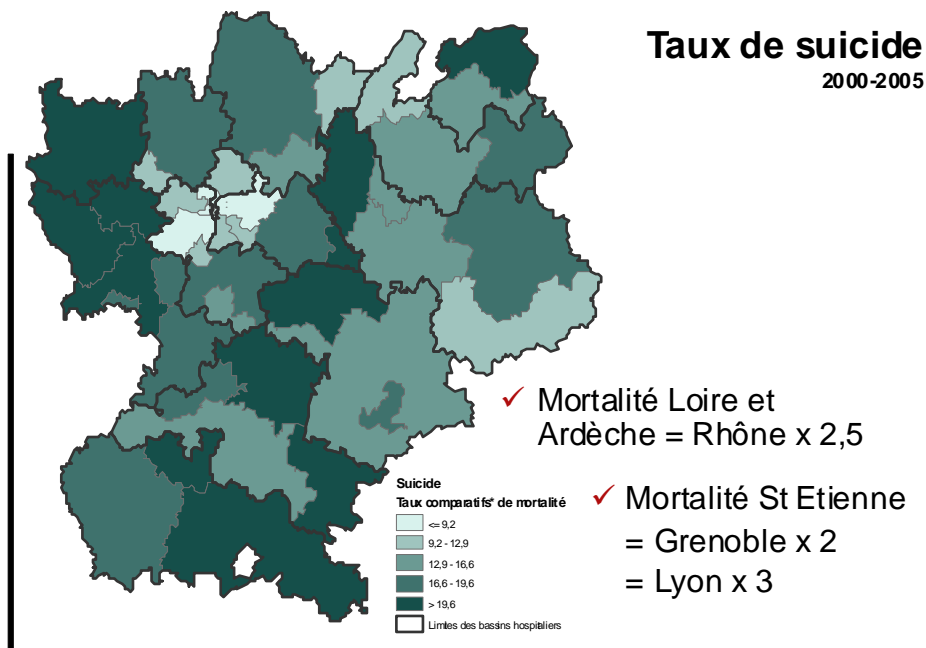
2

En Rhône-Alpes

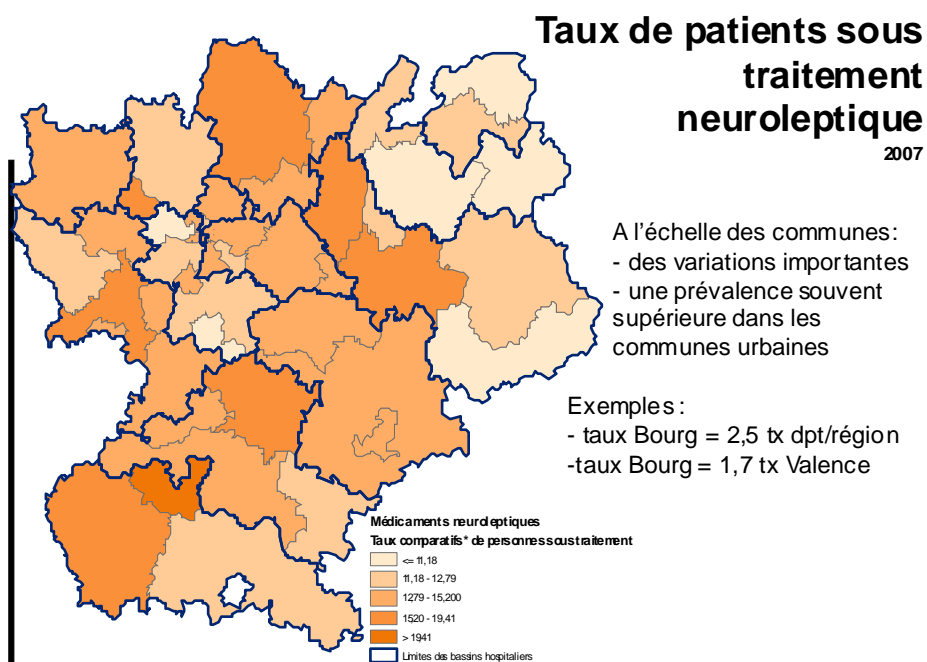
- La région 10%
- Des indicateurs de santé toujours équivalents ou supérieurs aux données nationales
- Mais une région vaste et diverse avec de fortes disparités
 - Axe I du PRSP : « *réduction des inégalités de santé* »
 - De nombreux travaux déclinés localement
 - Diagnostics locaux de santé
 - 26 DLS réalisés par l'ORS du quartier au Pays
 - dont 20 en politique de la ville

3

2. Disparités de santé. Quelques illustrations en Rhône-Alpes

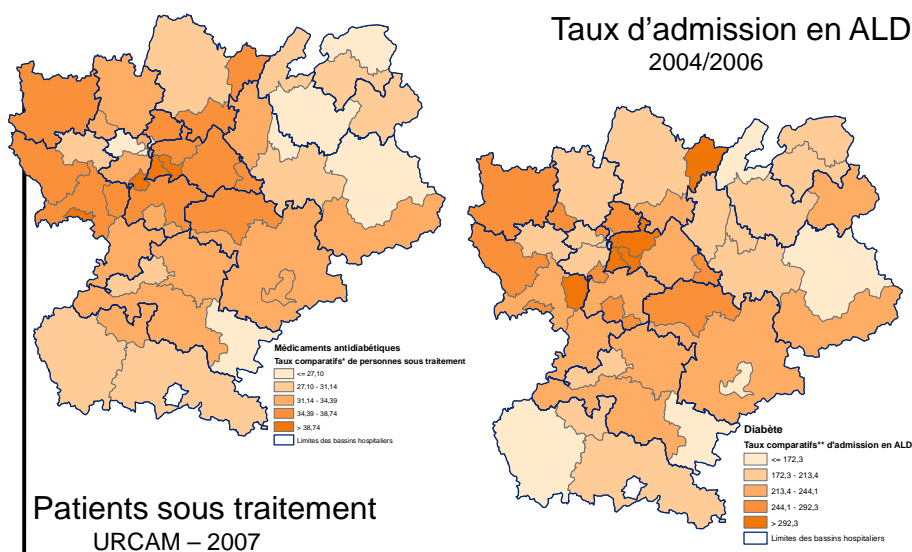


5



6

Diabète



7

Le diabète

- A l'échelle des quartiers
 - Ex.: deux fois plus de personnes traitées sur certains quartiers de St Etienne par rapport à la ville
- A l'échelle des villes :
 - Ex.: Comparaison Vaulx-en-Velin/Gd Lyon : personnes sous traitement x 1,9 ; tx d'ALD x 1,7
- Selon la précarité
 - Deux fois plus de patients traités chez les bénéficiaires de la CMUc (ex : 8,5% vs 4% chez les 45-60 ans)
 - Une qualité de suivi inférieure (moins de réalisation des examens complémentaires)

8

Le diabète

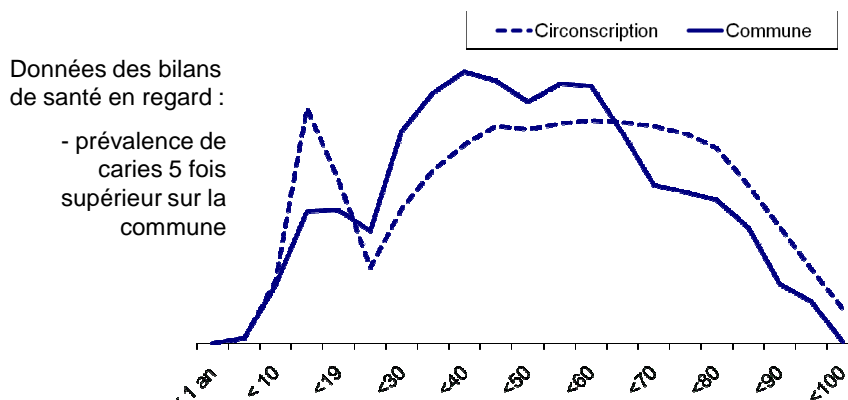
- Sur les territoires à forte prévalence
 - plus de difficultés de gestion de la pathologie
 - évolution moins favorable avec dégradation en diabète insulino-dépendant plus fréquente et rapide
 - plus de complications
- Nécessité d'un accompagnement plus important quantitativement et qualitativement

9

A titre d'exemple, l'état dentaire qui là aussi est un élément sur lequel on pointe des disparités très fortes. L'exemple d'une commune de profil socio-économique défavorisé, et pour laquelle on pointe que le recours aux soins dentaires est deux fois moins important chez les jeunes (10-20 ans) de cette commune par rapport à ceux de l'ensemble de la circonscription alors que les données des bilans de santé réalisés par les services de PMI mettent en avant une prévalence beaucoup plus élevée des caries dentaires chez les enfants. Ceci pointe là, la question du recours aux soins qui n'est pas seulement une question économique puisque des démarches ont été faites pour faciliter l'accès avec une prise en charge complète de soins et que celles-ci ont peu modifié le niveau de recours.

Etat dentaire et recours aux soins

- Commune avec indicateurs très défavorables chez les enfants et recours aux soins dentaires deux fois inférieur chez les adolescents



10

Je terminerai sur cette dimension quantitative avec cette diapositive. L'idée c'est de comparer, de manière un petit peu schématique et sûrement caricaturale, quelques indicateurs qui sont issus d'une commune de l'est lyonnais, donc zone plutôt défavorisée sur le plan économique, comparée à une commune de l'ouest lyonnais qui est en situation inverse. Les chiffres de mortalité n'ont aucun intérêt en soi mais ce qu'on peut voir, c'est que la mortalité féminine de la zone défavorisée devient supérieure à la mortalité masculine sur la zone favorisée. Ce qui veut dire que le différentiel social est finalement plus fort que la différence sexuelle qui est pourtant, extrêmement forte. Des différences qui se retrouvent aussi sur les taux d'hospitalisation, sur la qualité également du suivi, du recours aux soins préventifs, avec par exemple la qualité du suivi des grossesses (part de grossesses ayant bénéficié de moins de 6 consultations prénatales) ou la prévalence de caries dentaires. Enfin, on a des disparités d'offre aussi, sur la densité de médecins généralistes par exemple et plus encore sur celle des médecins spécialistes.

Illustration des disparités de l'agglomération lyonnaise

Comparaison entre 1 commune socialement défavorisée de l'Est lyonnais et 1 commune favorisée de l'Ouest

	Défavorisée	Favorisée
• Mortalité féminine (/100 000)	840	465
• Mortalité masculine	1220	770
• Tx d'hospitalisation (/1000)	290	230
• Suivi grossesse (<6 CPN)	14%	2%
• Prévalence caries (BS 4ans)	14%	1%
• Densité MG (/1000)	0,8	1,1
• Densité M Spé. (/1000)	0,4	1,4

Très rapidement, quelques éléments sur les disparités sociales par le biais des bilans de santé réalisés dans les centres d'examen de santé.

Disparités sociales

- Consultants des centres d'examens de santé – Quelques exemples selon la précarité des personnes (*Score EPICES*)
- Recours aux soins :
 - examen gynéco dans l'année : 5 femmes « précaires » sur 10 contre 7 sur 10 chez les « non précaires »
- Hyperglycémie
 - 5% de femmes précaires vs 2%
- Hypertension
 - 18% de femmes précaires traitées vs 11%
- Obésité
 - 21% chez les femmes précaires vs 10%
- Consommation quotidienne de tabac
 - 40% chez les hommes précaires vs 26%

3. Disparités sociales et actions locales

La question de la situation socio-économique de la population est évidemment un déterminant essentiel et très fort de l'état de santé mais on est dans une relation, c'est important de le rappeler, qui n'est pas du tout exclusive. A situation socio-économique égale, et on l'a un petit peu vu sur les cartes précédentes, on peut avoir des situations sanitaires extrêmement variables. Il y a vraiment la possibilité d'agir, de modifier les choses au-delà de la situation socio-économique, donc la pertinence de conduire des actions et des actions qui soient le plus ciblées possible, en fonction des populations et du territoire.

Disparités sociales

- Situation sociale et économique des populations = déterminant principal de l'état de santé
- Mais relation non exclusive
- A situation socio-économique égale il existe des situations sanitaires différentes
- Pertinence d'actions ciblées

13

Alors, j'en viens à un constat qui est un petit peu difficile à faire pour un épidémiologiste comme moi, mais tant pis. Le quantitatif est intéressant pour poser les choses et pour avoir des repères notamment en matière d'évolutions. Mais quand on est dans une démarche de programmation, s'en tenir aux indicateurs quantitatifs n'a pas beaucoup de sens et on l'a vu, à même niveau d'indicateur socio-économique, les situations peuvent être extrêmement différentes. D'où la nécessité dans une démarche d'observation locale, d'intégrer une dimension qualitative et de fonctionner en aller-retour entre ces éléments quantitatifs et qualitatifs.

Aller au-delà du constat quantitatif

- Pour une analyse de la situation qui permette un passage à l'action
- Absence de sens des indicateurs quantitatifs isolés
- Des réalités différentes derrière une même valeur d'indicateur
- Nécessité d'une approche combinée indicateurs quantitatifs – information qualitative
- Avec les professionnels et la population
 - ➔ Compréhension
 - ➔ Actions adaptées

14

Je vous ai brossé rapidement quelques éléments de disparités. Mais, finalement, d'où viennent ces disparités ? Elles sont bien-sûr multifactorielles et vous connaissez bien-sûr tous ces facteurs qui interviennent. Un des points qui, dans les diagnostics nous a fortement frappé, c'est l'existence parfois de ressources qui correspondent aux besoins, et semble t-il aux attentes et aux demandes de la population et qui, pourtant, sont extrêmement sous-utilisées parce qu'absolument pas identifiées. Il semble ainsi qu'il ne suffise pas tout simplement d'avoir une annonce et une information mais vraiment d'accompagner vers les ressources. De nombreux facteurs qui apparaissent comme déterminants demeurent difficiles à objectiver et à quantifier, comme, par exemple, la question de l'isolement.

Origine des disparités

- Qualité de vie
- Situation économique (cause et conséquence)
- Accès à l'information (sur la prévention, sur les ressources)
- Comportement/habitudes/représentations
- Exposition aux facteurs de risque (santé au travail, addictions, alimentation,...)
- Accès aux actions de prévention (ciblage, couverture,...)
- Accessibilité de l'offre de soins (physique, économique, sociale,...)
- Accès offre de sociabilité – Isolement
- Environnement : habitat, image du quartier, services, enclavement, lien social, ...

Les actions découlent des déterminants que je viens de lister. Je soulignerai l'importance, notamment, de dépasser le champ de la santé. C'est peut-être une mission aussi des diagnostics et des démarches d'observation de rendre visible, accessible le domaine de la santé et de montrer qu'il y a beaucoup de facteurs sur lesquels on peut influencer qui sont en-dehors du champ des soins mais qui ont un réel impact sur l'état de santé de la population.

Comment agir localement ?

- Les actions découlent des déterminants
- Panoplie très large et variable selon la position des acteurs
- D'actions très modestes et ponctuelles à des programmations locales approfondies et multipartenariale
- Dépasser le champ « santé »
- Un « diagnostic » doit rendre visible et accessible la santé
- En gardant une cohérence globale - coordination

Je terminerai simplement avec quelques illustrations d'actions sur les territoires sur lesquels on a eu la chance d'intervenir qui vont d'actions ponctuelles à des actions plus lourdes comme la création de structures et ce dans différents domaines. Un exemple illustratif avec la question des bancs publics qui, sur un certain nombre de quartiers ont été retirés pour des questions « sécuritaires », pour faire un peu vite, ce qui a eu comme conséquence inattendue de parfois limiter les possibilités de déambulation des personnes âgées, par exemple, qui ne peuvent plus faire de pause sur leur parcours et ainsi de renforcer leur isolement.

Illustrations d'actions

- Réinstallation des banc publics
- Ouverture Bains douches
- Mise en place du tiers payant
- Sécurisation routière d'un quartier
- Adaptation offre de transport
- Veille sociale – Développement offre de sociabilité
- Actions d'information sur les ressources
- Actions d'éducation pour la santé
- Développement de partenariat
- Création de structures ou ressources (maisons de santé, lieu d'animation, structure parentalité, espace santé,...)
- ...

17

Je m'arrêterai là. Vous avez de toute façon, de votre côté, tout un tas d'illustrations et d'actions qui pourraient allonger cette liste. Je vous remercie.

Questions

M. May, DDASS Rhône

Simplement, mais ce n'est pas si simple que cela. Cela a été évoqué. Dans trois, quatre mois, arrivent dans les régions, les préfigurateurs, futurs directeurs des ARS, qui vont donc commencer à travailler sur l'organisation, etc, etc...Donc, il est important, à un moment donné, selon des procédures à établir, que ces dimensions « politique de la ville », « Contrat de santé », « Atelier Santé Ville », etc...soient intégrées assez rapidement, et sans trop tarder, dans la future organisation et contenus des ARS. Donc, voilà, c'est un appel à vigilance. Il ne s'agit pas de se précipiter. Il s'agit d'être vigilant là-dessus parce que je voyais « DDASS-DRASS »...dans 4,5 mois il n'y plus « DDASS-DRASS ». C'est un appel effectivement à vigilance sur l'enjeu de bien s'intégrer dans les futures organisations.

Myriam Buffet, ville de Lyon

Je voulais savoir comment était calculé l'indicateur diabète. Concrètement, comment pouvez-vous connaître le nombre de personnes diabétiques sur les quartiers ?

Olivier Guye, ORS RA

Ce sont des données qui viennent de l'assurance maladie. A l'échelle des communes, on arrive à repérer le nombre de personnes qui ont eu un certain nombre de prescriptions de traitement antidiabétique, c'est-à-dire la prescription de médicaments diabétiques oraux ou insuline, sur l'année écoulée. Ceci nous permet d'identifier, de comptabiliser le nombre de personnes et de le rapporter à la population totale des assurés. A l'échelle des quartiers, c'est une démarche beaucoup plus lourde parce qu'il y a nécessité de relocaliser en fonction des adresses des assurés. C'est en l'occurrence un gros travail qui avait pu être mené avec la CPAM de Saint-Etienne, par exemple. Ce gros travail ne se fait pas de manière automatique comme on peut le faire sur une échelle géographique plus petite, c'est-à-dire à l'échelle d'une commune.

Mohamed Boussouar

Bien, si vous en êtes d'accord, nous allons accueillir Chantal Mannoni et Mathilde Moradell pour un court instant. De toute façon, je ne me fais pas d'illusion parce qu'elles sont épuisées après tout le travail de préparation de cette journée et je crains qu'elles ne finissent par être très peu claires à la fin de leur exposé. Bon, comme en quelque sorte, ce sont un peu les patronnes de la journée, elles ont exigé, et je me suis plié à leur exigence, d'obtenir la possibilité de quelques dix minutes de débat à l'issue de leur intervention. Chose que j'ai interdite à tout le monde mais bon, voilà, on aura la possibilité de débattre quelques minutes à l'issue de leur intervention. Merci.

Les ateliers santé ville en Rhône-Alpes

Mathilde MORADELL, Isabelle JACOB, FRAES
Chantal MANNONI, consultante en santé publique

Mathilde Moradell, Chantal Mannoni

Bonjour à tous. On va vous présenter un diaporama issu de la première phase d'exploitation des données disponibles. Nous voulons vraiment en introduction revenir sur le sens de ce diaporama, conçu pour donner du « grain à moudre » dans les différents ateliers.

Au-delà, nous voulions aussi replacer l'importance de certains points par rapport aux ateliers qui vont suivre et aux débats de ce soir. L'ASV, effectivement, est une démarche qui est incluse dans les volets santé des CUCS désormais. En même temps, dans l'enjeu de réduire les inégalités de santé, sociales et territoriales, les ASV s'inscrivent avec d'autres acteurs, d'autres réseaux (dont le réseau villes santé OMS par exemple), puisqu'on sait qu'un certain nombre de collectivités territoriales ont eu historiquement une perméabilité aux questions de santé que n'ont pas eu d'autres collectivités territoriales. Finalement, c'est tous ensemble qu'il faut travailler pour essayer de réduire ces inégalités sociales et territoriales de santé. Et, là, le niveau de proximité est essentiel.

Chantal Mannoni

Comme le souligne la diapositive suivante, la notion de contractualisation est importante. Ceci implique aussi que les notions de pilotage et de co-pilotage de la démarche soient vraiment renforcées et ré-affirmées. Il y a un atelier sur cette dimension. Il est essentiel de pouvoir travailler sur ces notions de co-pilotage puisque, comme cela a été dit, la démarche ASV s'inscrit vraiment au croisement de deux politiques (droit commun et politique de la ville), dans une double dynamique : ascendante où les politiques locales peuvent nourrir les politiques régionales et où les politiques régionales ont aussi au niveau local une caisse de résonance pour renforcer les programmations.

Ce qui est intéressant aussi, c'est de se dire que les ASV ont toujours eu pour objet d'être une démarche et non pas un dispositif de plus et de se mouler sur un existant. Ceci rend parfois complexes les inscriptions de la démarche sur un territoire donné, mais nous devons gérer cette complexité, elle n'est pas inhérente à la démarche ASV seulement. Cette inscription locale donne des modalités d'organisation différenciées aussi bien en terme de gouvernance locale qu'en terme d'impulsion des actions et de la place du coordinateur ASV. Tout cela pour dire qu'aujourd'hui, l'enjeu est fort puisqu'on s'inscrit dans des dynamiques de taille avec la notion de plan local de santé publique et de contrat local de santé.

1. **Espace de contractualisation ville ou collectivité territoriale - Etat**
(Légitimité des villes - santé # soins → approches intégrées)
2. **Lieu de rencontre entre les politiques de la ville et de droit commun : dynamiques ascendantes - descendantes**
3. **« Culture de programmation en santé publique »**
 - Elaborer / soutenir selon l'histoire des villes
 - Ancrage sur un existant
4. **Dynamiques actuelles (volet CUCS, PLSP, CLS)**

Forum Régional ASV en Rhône-Alpes, 25 juin 2009

4

Mathilde Moradell

Dans le contexte qui était celui des coordinateurs ASV, on a vraiment choisi, avec le comité de pilotage et le groupe de travail, de s'appuyer sur l'ensemble des données disponibles et existantes : les fiches DIV, les fiches CUCS et des extraits de rapports d'activité. C'est important en terme de compréhension des résultats : il ne s'agit donc pas d'une photographie exhaustive de ce qui est réalisé sur la région Rhône-Alpes. Ce sont d'abord des éléments de repère, des éléments de questionnement. Lorsque c'était possible, donc, avec des grilles d'analyse comparables, on a comparé les données aux enquêtes nationales, notamment les résultats de l'enquête ACSé. Les données présentées ont donc des limites et sont d'abord présentées comme des éléments de débat dans le cadre des ateliers.

Méthodologie

• Utilisation matériel disponible

- Analyse existant (Fiches DIV, fiches CUCS, extraits de rapports d'activité)
- Analyse de données nationales /régionales pour compléments ou tendances (ACSE)
- Tableau de soutien- dynamiques

• Limites

- Données hétérogènes, incomplètes → précautions
- Retours sur les soutiens engagés



Intérêt pour la démarche des coordonnateurs ASV

Forum Régional ASV en Rhône-Alpes, 25 juin 2009

5

• La région Rhône-Alpes ... présente

- National ... 237 ASV (ACSé/Dec.08)

• Rhône-Alpes ...

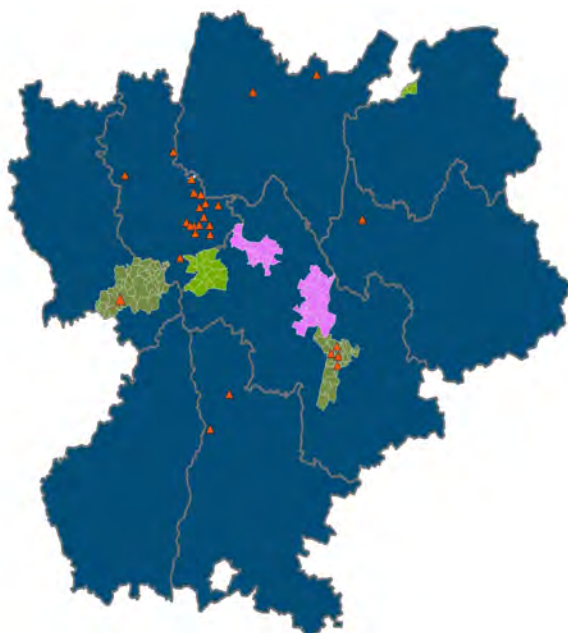
- 2^{ème} région : 14 % des ASV (1^{ère} : Ile de France / 3^{ème} : PACA)
- Rhône, 2^{ème} département (17 % ASV)... Isère, 8^{ème} département (8 % ASV)

• Rhône-Alpes ... 33 ASV + 3 en projet

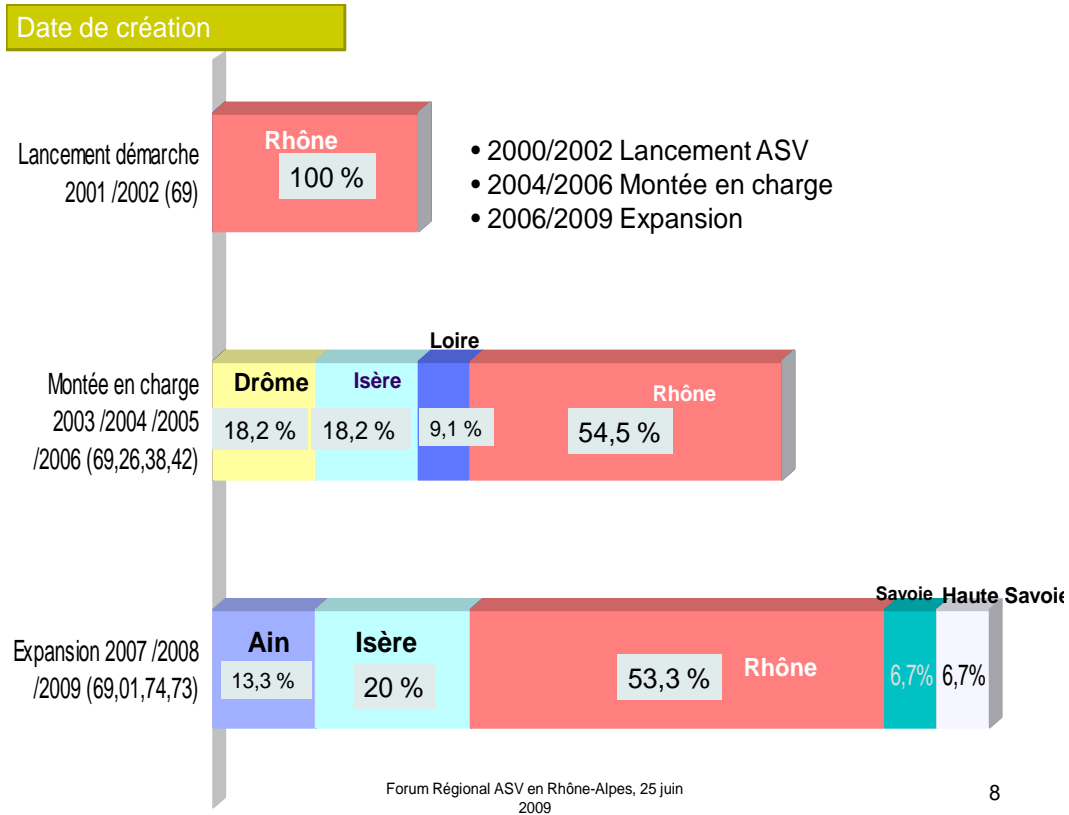
Forum Régional ASV en Rhône-Alpes, 25 juin 2009

6

Sont représentés sur cette carte les ASV de la région Rhône-Alpes sous la forme de points rouges. Vous apercevez aussi des ASV intercommunales représentés en vert et en rose (ASV intercommunales en projet).

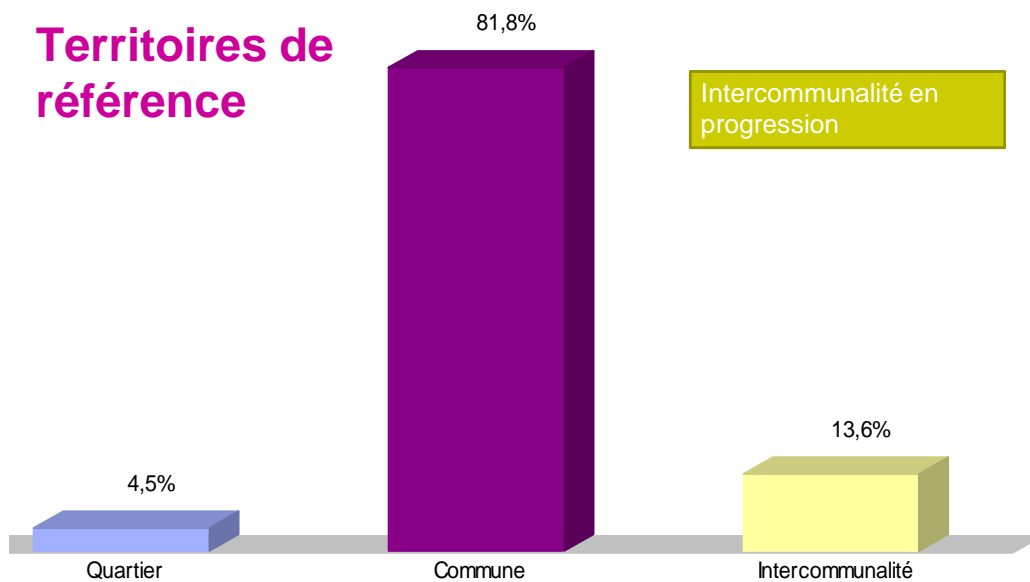


Annemasse Agglomération ;
Aix-les-Bains ; Bourg-en-Bresse ; Bron ;
Echirolles_Pont-de-Claix ;
Ecully ; Feyzin ; Fontaine ;
Fontaines -sur-Saone ;
Givors ; Grenoble ; Grenoble-Alpes-Métropole ; Lyon ;
Meyzieu ; Moins ; Neuville-sur-Saône ; Oullins ;
Oyonnax ; Pays Viennois ; Pays Voironnais ; Pierre-Bénite ;
Porte-de-l'Isère ; Rillieux-la-Pape ; Romans-sur-Isère ; Saint-Fons ;
Saint-Etienne ; Saint-Etienne Métropole ;
Saint-Martin-le-Vinoux ;
Saint-Priest ; Tarare ;
Valence ; Vaux-en-Velin ;
Vénissieux ; Villefranche-sur-Saône ; Villeurbanne



8

Territoires de référence



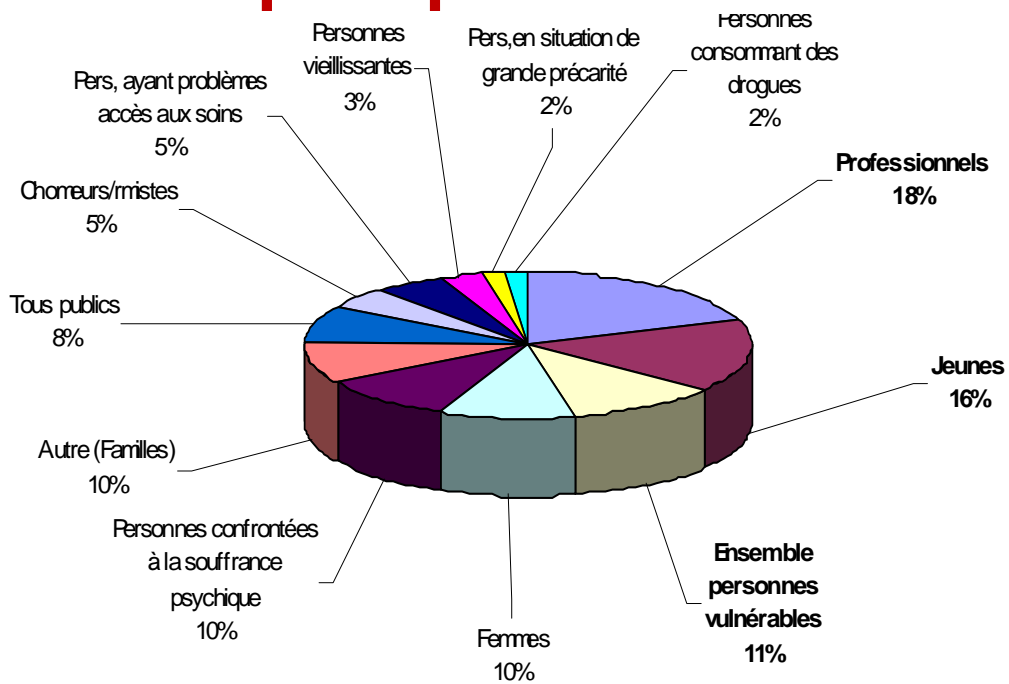
Tendance actuelle

Croissance Intercommunalité
ASV en projet sur RA : 3 ASV intercommunaux

Forum Régional ASV en Rhône-Alpes, 25 juin 2009

9

Publics principaux

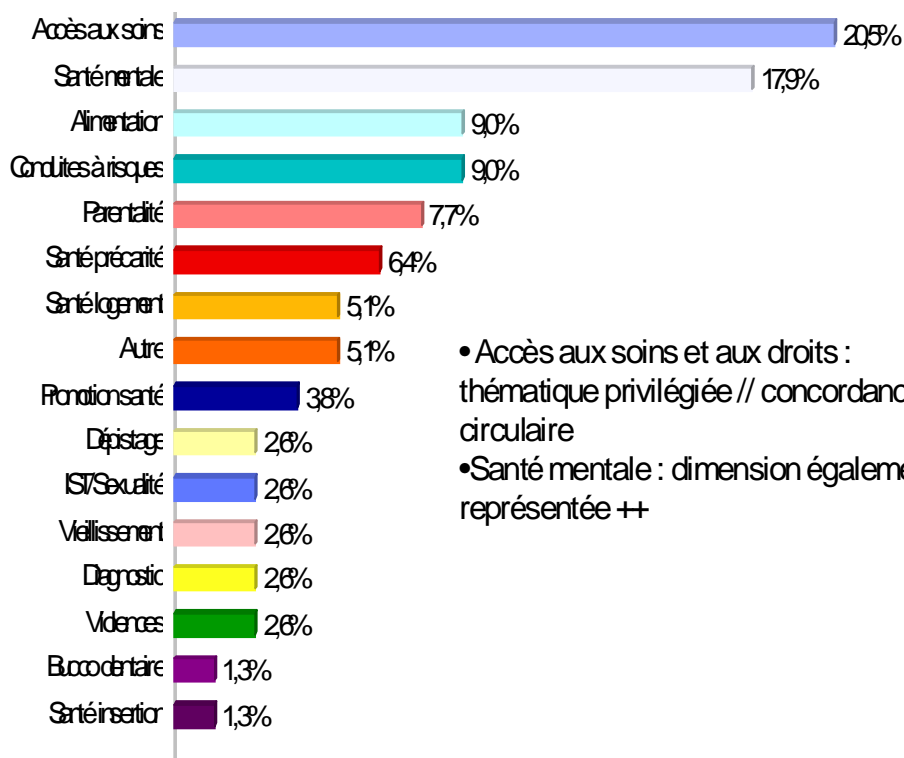


- **PUBLIC : Professionnels/Jeunes/Ensemble population territoire**
 - **Concordance avec thématiques/méthodes travail**

Forum Régional ASV en Rhône-Alpes, 25 juin 2009

10

Thématiques



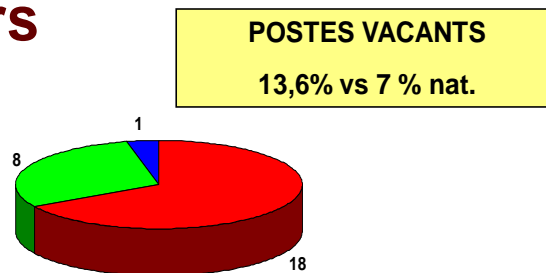
- Accès aux soins et aux droits : thématique privilégiée // concordance circulaire
- Santé mentale : dimension également représentée ++

Forum Régional ASV en Rhône-Alpes, 25 juin 2009

11

Coordonnateurs

Nbre ETP



MOINS 1 COORD. TP : 18/ 27 (33 % RA et 39 % ; ACSé)

SANTE PUBLIQUE : 11/26 (**42,3 % # 57,7**) - (national, ACSé)

SALAIRE BRUT : 26 149 € (n = 155) - (national, ACSé)

ANCIENNETE : 2 ans et 5 mois (national)

Chantal Mannoni

Pour les coordonnateurs, qui font partie de l'organisation structurelle des ASV, ce sont les bases de l'ACSé qui nous ont permis de comparer des données régionales et nationales. Un signal d'alerte nous donnera à réfléchir pour la suite des travaux puisqu'on n'est pas sur le registre « on est bon, on n'est pas bon » mais vraiment sur des questionnements et des pistes de travail intéressantes. Par exemple, le nombre de postes vacants en Rhône-Alpes est de 13.6 % versus 7% en national. Et on sait qu'un ASV se développe avec un coordonnateur.

Ceci doit être rapporté aussi au nombre d'ETP. On remarque que sur la région, on a 33% des ASV qui ont moins d'un coordonnateur en ETP, versus 39% en national. Donc, on est plutôt mieux positionné. Ceci dit, le fait d'être à moins d'un ETP pose des questions et doit être réinterrogé en fonction du contexte local aussi.

Au-delà du bémol sur le faible nombre d'effectifs (remarque sur 26 ASV), 42.3% ont une formation en santé publique versus 57.7% pour le national. Là encore, une piste de réflexion à avoir, aussi bien en terme de formation initiale qu'en terme de formation continue, se pose de façon assez intéressante dans les stratégies à développer.

Pour le salaire brut des coordonnateurs, nous n'avons pas de données régionales et les données nationales présentées incluent les temps plein et les temps partiels. Il serait intéressant d'y réfléchir aussi parce que cela contribue ou non à la stabilité des gens. Or, si on veut développer la santé publique au niveau local, cela veut dire aussi qu'on y met des moyens pour des équipes stables.

Pour les tableaux de soutien, l'idée était de repérer quelles dynamiques s'étaient d'ores et déjà créées pour ne pas réinventer l'eau chaude. On a eu très peu de réponses. Toutefois, ce qui est intéressant dans ce qui ressort, c'est que ce sont les formations actions qui ont été mises en avant, de même que l'échange de pratiques et parfois les séminaires et journées interrégionales. Donc, le besoin est exprimé de se retrouver.

Après, dans les dynamiques régionales, il faut noter la part prise par le CR-DSU, le centre de ressources en politique de la ville. C'est une démarche intéressante puisqu'il y a un collectif santé composé de coordonnateurs ASV qui ont interpellé le centre de ressources. A partir de 2007 se sont mis en place des réunions qui rassemblent 27 sites qui se sont retrouvés au moins une fois depuis 2007.

● **Tableau de soutien : 8 sites**

- Formation/ formation – action (méthodologie)
- Echange de pratique
- Séminaires, journées interrégionale
- **CR-DSU** (Centre de Ressources et d'Echanges pour le Développement Social Urbain):
 - Un collectif santé (coordonnateurs + chargés de missions) → CR.DSU
 - > 2007 (4 réun./an...)
 - 27 sites : au moins 1 fois depuis 2007 (4/6 dép.)
 - Participation croissante

A ce titre, dans l'espace ASV proposé après le repas, il y aura des présentations et le CR-DSU pourra aussi développer ce qui se joue autour de ces temps qui ont été créés et soutenus. Voici, ci-dessous, quelques exemples du type de soutien.

Type soutiens	Thématiques	Site
« Visites sur site »	Maison de santé	Pont d'Ain
Echange de pratiques	Atelier Bien-Etre	Saint-Fons
	Projet Nutrition	Saint-Etienne
	Fonctionnement Direction santé	Grenoble
	EMP	Annemasse
	Rencontres santé	Pierre Bénite
	RERS	Grenoble
	Nutrition	Meyzieu
	Guide accès soins	Bron
	Conduite à risque	Annecy

C'est vraiment un échange de pratiques, qui est une nécessité pour réduire l'isolement des professionnels. Les éléments de bilan sont positifs puisque le retour que les coordonnateurs donnent, c'est qu'il est important de se retrouver, d'être en lien, d'être mis au courant et de suivre les éléments réglementaires et de valoriser aussi ce qui est réalisé en Rhône-Alpes.

ELEMENTS DE BILAN (source CR.DSU)

- **Mise en lien # isolement souvent retrouvé**
- **« Qui travaille sur quoi »**
- **Eléments réglementaires**
- **Echanges d'expériences**
- **Espace de concertation /réflexion**
- **Valorisation du travail mené en Rhône-Alpes**

→ Des perspectives (voir débat) autour de

- **Thématiques**
- **Méthodologie de projet et outils**
- **Aspects stratégiques**
- **Visibilité**

Forum Régional ASV en Rhône-Alpes, 25 juin
2009

51

Des grands éléments donc, un peu présentés au galop.

Une approche des ASV en Rhône-Alpes...

**Des éléments à approfondir,
Des dynamiques possibles,
Des espaces à investir...**

Quelles stratégies politiques et opérationnelles autour des inégalités de santé sociales et territoriales ?

Forum Régional ASV en Rhône-Alpes, 25 juin
2009

52

On va maintenant vous présenter des éléments de repère, de discussion pour les 8 ateliers proposés ce matin. Pour chacun des ateliers, des illustrations sont données à titre d'exemple.

ATELIERS



ATELIER 1

1

Populations d'un territoire : objets et modes de participation

Animateur : Mathieu Fortin, ville de Villeurbanne- Rapporteur : Gaëlle Sallé,
Education Santé Isère

Diaporama et analyse des données présentées en plénière

- **Reconnaissance des savoirs des populations et des réponses possibles ...**
 - Reconnaissance, oui... culture partagée ?
... ..difficultés de mise en œuvre
- **Mise au débat :**
 - Posture professionnelle ...
 - Soutiens des élus et décideurs ...
 - Temporalités ...

Comment créer les conditions pour que
les populations puissent être partie
prenante

Forum Régional ASV en Rhône-Alpes, 25 juin 2009

45

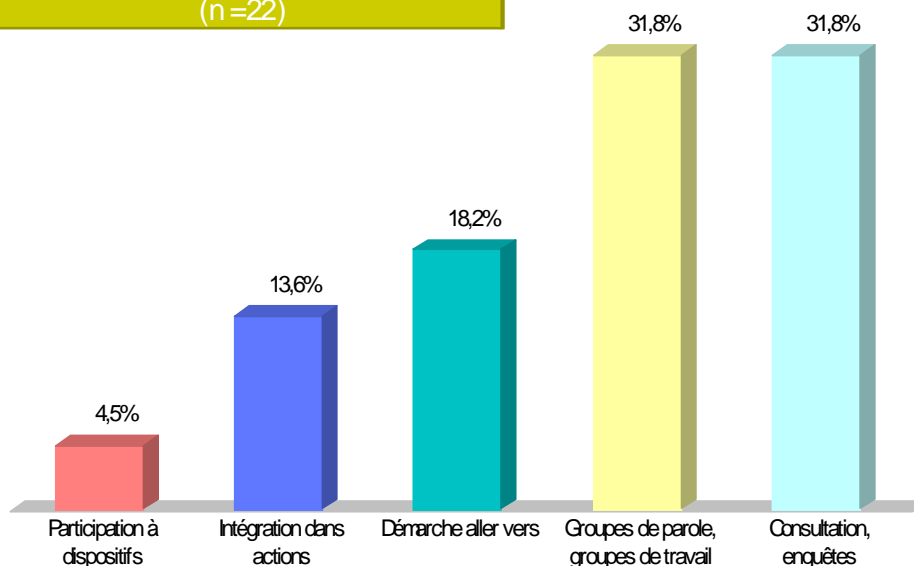
Une question...

« En 2008, des modalités de participation des habitants à la conception ou à la mise en oeuvre sont-elles présentes ? » (ACSE)

-Oui : 85,2 % (vs 81 % au niveau national)

-Non : 14,8% (vs 19% au niveau national)

Modalités participation de la population
(n=22)



Forum Régional ASV en Rhône-Alpes, 25 juin 2009

46

- **St-Fons** : Noria / ATD quart Monde :
valorisation des savoirs, espaces différenciés
(parentalité, santé au féminin)
- **Pierre Bénite** : Groupe de femmes →
enquêtes, « rencontres de Pierre Bénite »,
approche double : Noria (professionnels,
habitants, temps partagés)
- **Meyzieu** : signal du conseil municipal depuis
2000, phase préparatoire, supports interactifs

Forum Régional ASV en Rhône-Alpes, 25 juin
2009

47

Débat et échanges en ateliers

- Séminaire national – Bordeaux 2008 :
"La contribution des habitants est inhérente à la démarche ASV". "La démarche participative est un facteur clé de réussite".
- Forum régional – aujourd'hui :
Étude relative aux démarches ASV en Rhône-Alpes :
 - notion d'observation participante
 - reconnaissance des savoirs
 - quand on évoque la participation de la population, c'est principalement à des enquêtes ou des groupes de travail. Très peu de démarche « aller vers ».
- Questions à débattre dans l'atelier :
 - posture professionnelle,
 - soutiens des élus et des décideurs,
 - la notion de temps.

Définition de la problématique de l'atelier

La définition de la problématique de l'atelier (qu'entendons-nous derrière la question ?)

- La participation ne se décrète pas, elle s'accompagne.
- Volonté forte des élus de la participation mais qui reste à l'état de questions très souvent : comment impliquer réellement tous les acteurs ?
- Difficulté de l'expérience de participation réelle des habitants.
- La participation c'est quelque chose qu'ils font de manière individuelle avec leurs publics mais dans le cadre de l'ASV c'est plus compliqué.
- Il faut accepter que la participation n'est pas la même pour tout le monde !

Forum régional Les Ateliers santé ville : Etat des lieux et perspectives d'accompagnement
25 juin 2009

Quelles expériences les participants ont-ils de la problématique ?

La participation des habitants se fait pour le moment à travers des enquêtes : on interroge des jeunes en mission locale, des personnes âgées en maison de retraite, des personnes qui sont en foyers logements, ...

C'est une idée soulevée régulièrement par les élus, "il y a la volonté des élus c'est certain mais elle reste à l'état de questions".

La participation à la mise en œuvre des actions avec les habitants, c'est quelque chose qui ne me parle pas encore et qui n'est pas mise en œuvre. Il y a une difficulté de l'expérience de participation réelle des habitants.

La participation ne se décrète pas, elle s'accompagne.

Dans mon ASV, je ressens une grande frilosité des professionnels et des acteurs à intégrer réellement la démarche participative : il y a un grand décalage entre la volonté et la mise en place réelle !

La participation et le « faire avec » les habitants, c'est quelque chose que les professionnels de mon territoire font de manière individuelle avec leurs publics mais dans le cadre de l'ASV c'est plus compliqué.

Il y a une problématique des représentations des uns et des autres, de la culture de la participation : peut-être, il faudrait d'abord entendre les différentes représentations, faire un brainstorming autour de la participation entre les différentes personnes de l'ASV.

On est parfois sur des blocages des professionnels qui ne jouent pas le jeu : Le Conseil général empêche notamment les travailleurs sociaux de secteur en disant « les travailleurs sociaux ne sont pas des professionnels de santé ! ». C'est à relier avec la vision restreinte de la santé.

Les associations caritatives, les associations d'insertion jouent le jeu mais ce n'est pas le cas de tous les professionnels. Il est important d'ouvrir à des professionnels pour que ça ne tienne pas qu'à des personnes ! On a parfois des difficultés à intégrer certaines institutions ou acteurs clés. C'est une histoire de personnes que l'on va retrouver sur tous les champs !

Quelques leviers : la mise en place de comité de pilotage, l'élaboration de diagnostic social pour recueillir les attentes de la population...

Il faut aussi trouver des portes d'entrées thématiques qui peuvent mobiliser et s'appuyer sur l'existant : associations caritatives, PMI, parents d'élèves, ...

Pour l'instant, la participation n'est présente que dans les consultations par enquêtes, tout est à faire.

On est en train de retravailler les pistes d'actions et on voudrait le faire avec les habitants.

On souhaite s'appuyer sur les associations ayant participé au diagnostic.

L'articulation entre l'ASV et le CUCS est très compliquée.

Comment accompagner la démarche de participation ?

Importance de la restitution des diagnostics : souvent dirigée vers les professionnels et les élus ! Trouver d'autres formes et d'autres lieux pour la population.

L'association Noria a des outils pour restituer les éléments de diagnostics : méthodes interactives et visuelles !

Exemple de diagnostic santé de Saint Martin d'Hères : on pense à une restitution interactive avec les habitants

D'autres exemples évoqués par les participants :

Sur le quartier du Tonkin : restitution du diagnostic dans un lieu en proximité. La vision des professionnels était rendue par un professionnel et la vision des habitants était rendue par un habitant.

Travail d'accompagnement sur la restitution des diagnostics locaux de santé.

Importance d'avoir un positionnement régional structuré pour le faire remonter plus facilement au niveau national.

Accompagnement d'une habitante du quartier pour qu'elle fasse partie du comité de pilotage.

Est-ce la place d'un habitant dans les comités de pilotage ?

Il y a des institutions qui représentent les habitants mais oui ça pourrait mais il faut que ça s'accompagne. Ca serait cohérent dans la démarche d'ASV.

Il faut réfléchir de savoir si c'est le moment pour les personnes ? A Pierre Bénite, les adultes relais ne sont pas prêtes à faire partie du comité de pilotage.

Sur Tarare, l'adulte relais participe et il a sa place.

Quels sont les points forts ?

- Identification des acteurs qui peuvent participer (techniciens, élus et habitants)
- Outils : commencer par une action concrète, diagnostic...
- Importance de la légitimité de la place de chacun
- Portage politique partagé par l'ensemble des élus et de façon transversale.
- S'appuyer sur des relais (associations, adultes relais...)
- S'appuyer sur l'existant et des actions déjà menées
- Approche globale de la santé
- Partager une culture commune de ce que l'on entend par « participation »
- La participation doit rester souple
- Adaptabilité des acteurs et acceptation des savoirs de chacun.

[Forum régional Les Ateliers santé ville : Etat des lieux et perspectives d'accompagnement 25 juin 2009](#)

Des leviers

- Un préalable : identifier les acteurs qui peuvent participer (techniciens, élus et habitants),
- initier la participation par "une porte d'entrée" (thème, action spécifique) puis l'ouvrir,
- le diagnostic local permet le débat,

- associer l'ensemble des élus communaux, ou à minima l'élu chargé de la "participation", de la "démocratie locale" en plus de celui chargé de la santé ou des affaires sociales,
- s'appuyer sur l'existant, sur les actions passées,
- s'appuyer sur les relais (agents de développement, groupes constitués, associations, ...),
- transversalité du portage de la démarche,
- faire participer les habitants à différentes étapes (élaboration, mise en place..),
- position volontaire des élus locaux.

Comment favoriser la participation ?

- Quand il y a un adjoint délégué à la démocratie participative, c'est facilitant.
- On peut aussi faire des réunions sur les quartiers avec les antennes relais pour recueillir les attentes de la population.
- Il y a deux niveaux :
 - 1. Sensibiliser tous les acteurs d'un territoire pour lever les freins « culturels » : on n'a pas en France cette culture de la participation, on est plutôt en France sur les connaissances et les représentations. Ce travail de sensibilisation pour lever ces freins pourrait être envisagé au niveau régional ou national,
 - 2. Outiller les professionnels.

Des illustrations

- Nous avons mis en place des jardins solidaires intergénérationnels entre personnes âgées et jeunes enfants sur la question de l'alimentation. C'est une belle expérience et une réussite en terme de participation.
- La 1^{ère} condition pour la participation, c'est le temps : le temps des habitants n'est pas le même que celui des professionnels et n'est pas le même que celui des institutions.
- Nous avons réalisé une enquête conscientisante des femmes où elles sont allées interroger les habitants sur la définition de la santé. Pour les habitants, la santé n'est pas que le soin, c'est aussi les soucis, le logement, ... Ils ont une approche globale de la santé.
- Cette expérience a donné lieu à la création de deux postes d'adultes relais.
- La participation ne se décrète pas même si on a un élu affecté à la participation des habitants !
- Il est important de faire participer les habitants à différentes étapes, dans l'élaboration mais aussi dans la mise en place.
- L'importance de la légitimité pour la participation : la légitimité que les institutions leur donne, la légitimité des pairs et la légitimité des professionnels. La légitimité aussi demande du temps.
- Le portage politique est essentiel.

Quelles sont les limites ?

- Les blocages culturels : « je ne suis pas professionnels de santé » + « on n'a pas la culture de la participation en France »
- Les blocages institutionnels
- Peur que la population ne participe pas aux actions.
- Le manque d'outils d'accompagnement
- Risque d'instrumentalisation de la participation
- La différence de la temporalité entre les acteurs
- Le turn over des professionnels
- Difficulté à intégrer certaines institutions ou acteurs clés.
- Articulation entre l'ASV et le CUCS est très compliquée.

Forum régional Les Ateliers santé ville : Etat des lieux et perspectives d'accompagnement
25 juin 2009

Discussion autour des blocages des professionnels

- Peur que la population ne participe pas aux actions.
- Peur de se retrouver au même niveau que la population : les professionnels doivent s'adapter et accepter que les populations ont aussi des savoirs.
- Il manque des outils d'accompagnement (formation, ...).
- Les acteurs enfermés par des institutions sont parfois plus difficiles à mobiliser que la population.

Perspectives, dans le cadre de la dynamique en région

Quelles modalités d'accompagnement

- Sensibiliser les acteurs à l'importance de la participation : professionnels et élus pour les impliquer (élus de l'ensemble du conseil municipal, les responsables des structures qui participent à la démarche ASV....)
- Accompagner les démarches de participation : par exemple, en outillant les professionnels (formation...)
- Travailler sur élaboration, restitution et appropriation des diagnostics locaux de santé (notamment sur la question de la participation).

Forum régional Les Ateliers santé ville : Etat des lieux et perspectives d'accompagnement
25 juin 2009

Restitution en plénière - Gaëlle Sallé

La sensibilisation des acteurs à l'importance de la participation requiert au préalable de lever les freins, les blocages de professionnels et d'autres acteurs associés à la culture de la « non participation », blocages qui se ressentent sur le terrain.

On a à ce titre également parlé de l'importance de sensibiliser l'ensemble des élus des conseils municipaux et des responsables de structures pour lever des blocages institutionnels. Il y a des professionnels qui disent encore « *on n'est pas des professionnels de santé donc je ne vois pas pourquoi je m'impliquerai dans une logique ASV* ». On a été très large volontairement. Autour de la sensibilisation, il nous semblait important de faire prendre conscience de l'importance de la participation.

On a aussi eu des échanges autour de ce que nous avons appelé « accompagner les démarches de participation » notamment en outillant les professionnels. De nombreux professionnels et élus nous ont parlé des outils qui manquaient. Des questions sont posées : « comment on s'y prend pour faire participer les gens ? ». Ce n'est pas si simple que cela « Est-ce qu'il y a des moyens plus pertinents que d'autres ? ».... Cela peut passer par de la formation, des échanges d'expériences.

On a également eu de nombreuses discussions autour de la question des diagnostics locaux de santé. Nous avons souligné l'enjeu de travailler sur la restitution et l'appropriation de ces diagnostics en misant sur la participation de la population. Il s'agit de permettre aux habitants de réellement s'approprier le diagnostic qui a été fait auprès d'eux, de le restituer mais pas en restant tout là-haut, sur notre tour, mais vraiment en essayant d'être au plus près d'eux et dans une meilleure compréhension. Des diagnostics ont été restitués et la population ne venait pas car elle ne se sentait pas vraiment concernée. Travailler avec la population sur ces questions de restitution et d'appropriation des éléments du diagnostic nous a semblé important.

2

ATELIER 2

PREVENTION : QUAND ET COMMENT INTERVENIR ? EXEMPLE DES CONDUITES A RISQUES

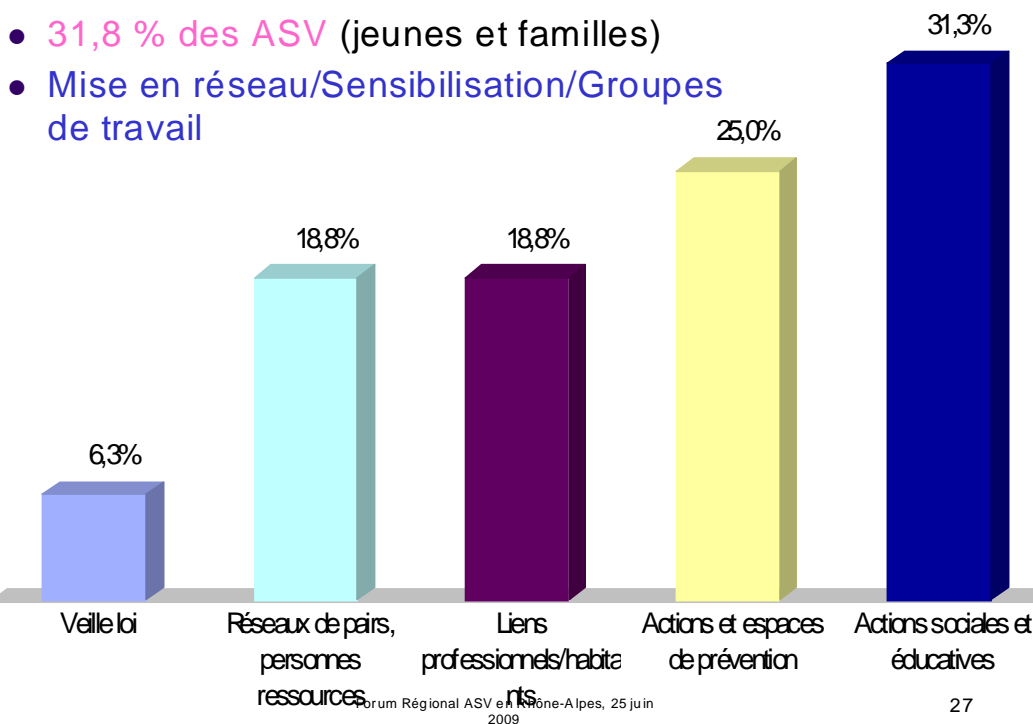
Animateur : Denis Requillard, Mutualité Française - Rapporteur : Lucie Pelosse, FRAES

Diaporama et analyse des données présentées en plénière

- **Les conduites à risques ... diversité de champs, complexité**
« Toutes les activités que les personnes engagent pour compenser cette vulnérabilité, pour la déplacer et pour rechercher des activités ou des ressources qui leur permettraient de surmonter ou de supporter la tension, la précarité ou la difficulté rencontrées à un moment de leur Vie » (M Joubert, Actes de Bordeaux, 2008)
- **Importance du niveau local... questionner...**
 - **Ressorts sur lesquels agir** ... produire de nouveaux modes d'accès aux ressources, en particulier à la prévention... place de la petite enfance – action « parentalité »
 - **Proximité et accès aux droits, à la prévention**
 - **Question du territoire**

Forum Régional ASV en Rhône-Alpes, 25 juin 2009

26



27

- Des **interfaces professionnelles** pour une culture partagée autour d'une thématique complexe (formation-action Saint-Priest, commission Pont-de- Claix/ Echirolles)
- **Sensibilisation dans les écoles**.....
- Grenoble : **recherche – action AGECSA**
- Meyzieu....
 - **théâtre forum** avec **implication des collégiens** active, le voyage « histoire de différence » (lien collégien, parents, enseignants); **scolaire- hors scolaire**
 - **A l'initiative de parents** : exposition interactive, théâtre et débats

Débat et échanges en ateliers

La définition de la problématique de l'atelier (qu'entendons-nous derrière la question ?)

Conduites à risque ?

« Toutes les activités que les personnes engagent pour compenser cette vulnérabilité, pour la déplacer et pour rechercher des activités ou des ressources qui leur permettraient de surmonter ou de supporter la tension, la précarité ou la difficulté rencontrées à un moment de leur vie » (M Joubert, Actes de Bordeaux, 2008)

Quelles expériences les participants ont-ils de la problématique ?

- Les conduites à risque ne sont pas un axe prioritaire mais dès qu'on parle d'accès aux soins et à la prévention, les conduites à risque sont intégrées.
- Sur la Guillotière, il y a une action de Dépistage hors les murs avec le CDHS, l'ADES... avec stand d'info une semaine avant. – Il est souligné l'importance de la réduction des inégalités qui se traduit par un souci de l' « aller vers » les populations qui n'iraient pas se dépister. Mais il se pose aussi la question de la stigmatisation (ne pas oser venir de peur d'être repéré dans le quartier).
- La prévention des conduites à risque apparaît fortement liée à la santé mentale. La question du repérage du mal être (par les enseignants, éducateurs...) pour une meilleure orientation est posée.
- Dans le 1^{er} arr. de Lyon, est citée l'exemple de la journée santé avec des stands dont une sur les conduites à risques et conduites addictives : venue de collégiens, de public mission locale. La nécessité de l'élargir pour davantage toucher les publics précaires est mentionnée.
- Le contexte de Tarare apparaît particulier avec une forte consommation de l'alcool. Des médecins ont monté une association « Chrysalide » pour faire de la prévention dans les collèges, lycées. Ces médecins travaillent en réseau avec le CMP de St Cyr et les services spécialisés de Villefranche. Il est constaté un problème d'alcoolisation excessive des lycéens entre 12h et 14h. Les acteurs se demandent alors « quoi faire ? ».

- L'ASV de Tarare est essentiellement tourné vers les publics précaires avec les problèmes de refus de soin des personnes avec la CMUc.
- **L'ASV de Meyzieux** a développé beaucoup d'actions : formation action, travail en réseau. Initialement, il s'agissait d'un travail sur les conduites addictives qui a été élargi aux conduites à risque après réinterrogation des professionnels. Est également cité la création d'un PEJ, très utilisé. La difficulté est cependant pointée à faire le lien entre les actions dans les établissements scolaires et à l'extérieur (centre social...)
- Il est mentionné un travail avec les jeunes / jeunes parents sur l'expo « Il était une fois la famille ».
- L'organisation de soirées-débat avec une troupe de théâtre en centre ville de Meyzieux existe. Mais, les professionnels se questionnent sur l'accès à ses soirées pour les publics des quartiers (appréhension à venir en centre ville). Une réflexion est en cours pour faciliter leur venue (groupe d'échanges préalables dans les quartiers...).

Quels sont les points forts et les limites ?

A travers les expériences de Lyon, Tarare, Meyzieux

Points forts

- Partenariats, réseau
- Investissement des élus
- Appui sur des structures ressources
- Refus de la stigmatisation

Limites

- Partenariat parfois trop limité à un champ professionnel
- Territoires : difficiles à atteindre, pas assez reliés, trop fermés
- Limites de la prévention (histoire des gens)

Un souci partagé toujours en questions : aller vers les publics les plus éloignés du droit commun

Forum régional Les Ateliers santé ville : Etat des lieux et perspectives d'accompagnement
25 juin 2009

Restitution en plénière - Lucie Pelosse

On a échangé autour du besoin de connaître les acteurs et les ressources possibles pour conduire des actions de prévention autour de la prévention des conduites à risques, autour du besoin en terme d'échanges sur les actions et les expériences et cela tant au niveau des techniciens que des élus.

Il a également été exprimé le besoin de trouver un accompagnement méthodologique et un besoin en terme d'aide à la conduite de projets. Et ceci renvoie également aux ressources et à l'identification des structures pouvant aider à monter des projets.

Le 3^{ème} point évoqué était de connaître ou d'accéder, car certaines personnes connaissaient déjà ces formations, aux formations sur les publics précaires.

Enfin, une demande qui est revenue : l'enjeu de connaître les dispositifs financiers puisqu'effectivement, c'est parfois difficile d'être en veille permanente sur les appels à projet ou sur les possibilités autres par les fondations, etc..N'est-il pas possible d'élaborer un dispositif partagé de veille sur toutes ces possibilités financières ?

ATELIER 3

3

Santé mentale : quelles approches et stratégies de réseaux ?

Animateur : Pauline Rhenter, Centre Collaborateur OMS - Rapporteur : Dominique Fiasson, Ville Saint Etienne

Diaporama et analyse des données présentés en plénière

- **Santé Mentale dans la Cité...** (Aude Caria, Bordeaux, 2008)

- Rôle des élus dans le champ du « bien vivre » sur un territoire donné... champ mobilisateur ...
- On ne peut travailler seul → partenariat / intersectorialité...

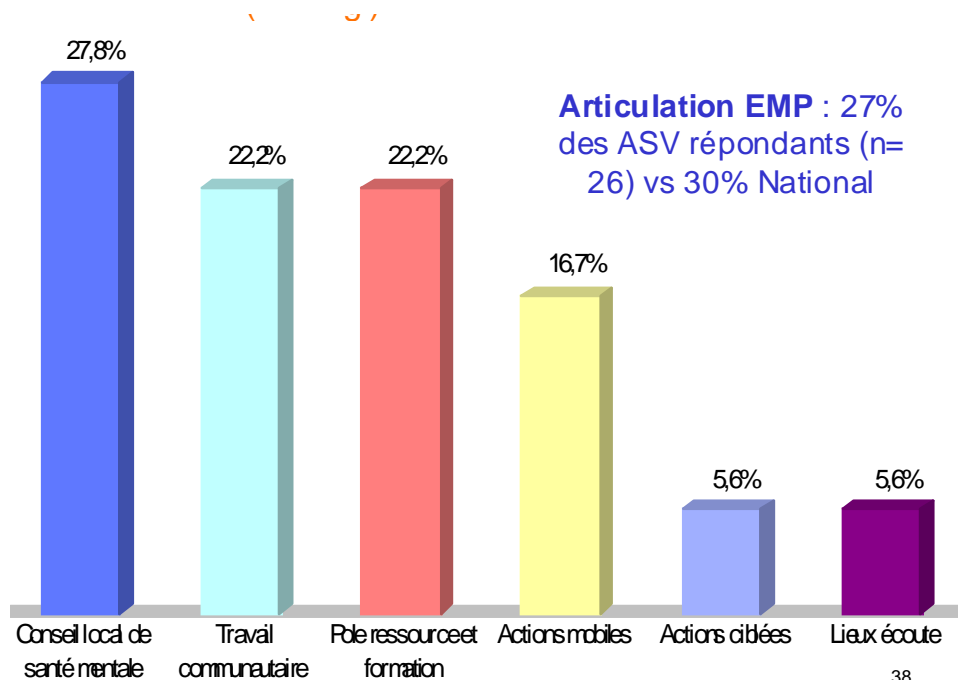
19 ASV impliqués (ACSé/RA)

- **Quelles formes différenciées d'intervention alliant...**

- Proximité ?
- Pluridisciplinarité ?
- Lien ville-hôpital ?
- Place des habitants ?

Forum Régional ASV en Rhône-Alpes, 25 juin 2009

37



38

- **Villeurbanne** : groupe de réflexion clinique, GRSM (groupe régulation en santé mentale), **CLSM**
- **Annemasse, Communauté d'agglomération du Pays Viennois...** : **Equipe Mobile de psychiatrie**
- **Lyon** : **lien santé mentale et logement**
- **St-Etienne** : **formation gardien d'immeubles**
- **Grenoble (sous réserve)**: diagnostic ancien... projet évolutif et pluriel, CLSM, **RERS**

Débat et échanges en ateliers

La définition de la problématique de l'atelier (qu'entendons-nous derrière la question ?)

La problématique de santé mentale émerge comme un problème de santé publique.

Différents publics sont concernés :

- **Adolescents**, avec répercussion chez les parents.
- **Enfants** avec des problèmes de santé mentale : découverte via les dispositifs DRE (dispositif de réussite éducative).
- **Souffrance psychique liée aux difficultés sociales** : frange entre santé mentale (psychiatrie) et problèmes sociaux. Nécessité de rapprochement entre psychiatrie et travail social. Problème de pénurie de médecins.
- **Personnes en errance** : public jeunes (de plus en plus de femmes), conduites addictives ++ . Souhait d'améliorer le Samu social.
- **Personnes isolées**, personnes âgées, personnes qui accumulent dans les logements (souvent personnes en état de confusion, rupture de lien avec la famille). Les problèmes arrivent par pétition, plaintes des voisins (bruits, odeurs) d'où des problèmes avec les bailleurs. Comment procéder à une HDT (hospitalisation à la demande d'un tiers ?) Comment rattraper la perte du lien avec les soins. Problème du consentement de la prise en charge thérapeutique.
- **Public qui reste hors cadre** dans les questions de logement, d'hébergement ou de structures médico-sociale, qui fait des allers-retours entre hôpital et hébergement stabilisé, personnes qui refusent tout système d'organisation, personnes qui font des allers-retours avec la prison.
- Le nouveau public des **Foyers de Jeunes Travailleurs**

Quelles expériences les participants ont-ils de la problématique ?

CONTEXTE

Historique des villes sur le champ de la psychiatrie (grosse population avec des problématiques de santé mentale), des actions de santé publique, des démarches participatives.

APPROCHE DE TRAVAIL

Groupes de travail :

- Lien avec les groupes santé des jeunes : ex Point Accueil Ecoute Jeunes, Maison des adolescents
- Lien social (difficulté à articuler une vision globale de la santé et les passerelles avec les autres dispositifs)

HABITAT

Situation des villes avec fort taux de logements sociaux (ex Villefranche) et % de population habitant en zone prioritaire politique de la ville.

Problématique de l'hébergement d'urgence, importance d'avoir un CHRS dans la ville. Travail sur le public isolé des Sonacotra : public masculin, vieillissant, prédominance maghrébine.

Problème du public qui reste hors cadre dans les questions de logement, qui fait des allers-retours entre ville et hébergement stabilisé, en refus d'organisation : quelles solutions : résidences-accueils, squatts accompagnés.

PARTENARIAT

Problème des interventions et de leur acceptation/consentement :

- dans les logements, par exemple pour vider les logements des personnes qui accumulent
- par les équipes soignantes, pas de prise en charge sans acceptation de la personne

Création d'équipe d'interface médico-sociale : diagnostic médico-social, réunions mensuelles avec psychiatrie.

Quels sont les points forts et les limites ?

ETHIQUE / DEONTOLOGIE

Comment se pose la question du secret médical/professionnel dans les cas (obligatoires) de travail en partenariat entre social et médical ; quel partage d'information ?

Problème de déontologie :

- dans la mixité/la pluridisciplinarité des intervenants. Comment le travail peut-être partagé ? par ex Mise en place d'une charte. Comment entrer dans un réseau ?
- Problème de la mise à mal du secret médical dans une approche sécuritaire (demandes de fournir des listes, quadrillage des familles et des individus)
- Dans quel dispositif s'inscrit-on ? quelle articulation entre droit commun et politique de la ville ? quelle cohérence géographique sur les dispositifs ?

Quelles stratégies de partage ?

- Charte ;
- limiter le nombre d'intervenants ou le restreindre aux professionnels soumis à secret ;
- ne laisser aucune trace écrite (problématique pour la continuité du suivi)
- demander l'accord de la personne en amont et/ou en aval (feuille de route validée par la personne) ;
- faire participer la personne (limite pour les refus de soins d'où la nécessité d'avoir des dispositifs interace pour travailler sur la demande de soins) ;
- les cas sont vus de façon anonyme, on ne part d'aucun diagnostic mais de symptômes évoqués (implique un groupe permanent sollicité par un professionnel en difficulté) ;
- séances programmées et/ou en urgence.

SUIVI / PARTENARIAT

- Liens entre santé mentale avec la problématique logement et insertion (notamment au niveau des jeunes) : perte du suivi pour le parcours santé des personnes lorsque les problématiques logement et insertion sont solutionnées.
- Problème de réponses éducatives de la part des éducateurs chargés de gérer l'errance
- Quelles solutions locales à donner à l'Hospitalisation d'Office ?
- Quel type de suivi est mis en place ? Quand s'arrête-t-il ? Prise en compte du social par la psychiatrie.

ACTIONS COLLECTIVES ET INDIVIDUELLES

Clivage entre actions collectives et individuelles

Réflexion qui fait penser à la réflexion sur la prévention de la délinquance.

2 approches différentes dans les expériences :

1) autour de cas individuels : cellule opérationnelle

Les problèmes individuels remontent peu, cela signifie peu vraisemblablement une absence de problème d'où la nécessité que la cellule opérationnelle soit visible et son fonctionnement compréhensible, y compris des acteurs très « terrain ».

2) approche collective par groupes de travail (Conseil Locaux en Santé Mentale) sur les projets et problèmes de partenariat et de réseaux

Légitimité du partenariat entre Dispositif de Réussite Educative (DRE) et ASV : travail entre situations individuelles et actions collectives.

Problème du travail en réseau, problème d'articulation avec la MDPH, problème d'accès aux soins.

ASV / SANTE MENTALE

- Co-construction de projets communs : ex Point Ecoute Jeunes
- Labellisation due à l'ASV d'une politique de santé au niveau de la ville (nécessité de mise en place d'une politique municipale de santé qui ne se réduise pas à l'ASV, concertation avec la politique de la ville)
- Apport de financement Etat grâce à l'ASV
- Difficultés à faire valoir la transversalité en interne à la municipalité (autres services et élus que la santé)

Quelles modalités d'accompagnement ?

Partages d'expériences :

- consultation d'expériences
- rencontres organisées par différentes institutions : Fondation de France, Elus Santé Publique et Territoires, GRSP, CRS (groupe en santé mentale)
- rencontres du collectif des coordinateurs ASV Rhône Alpes
- rencontres individuelles...
- **Centres ressources :**
- régionaux: FRAES et réseau, CRDSU, CIRDD, ORSPERE (spécifique santé mentale)
- locaux
- nationaux : CCOMS pour la formation et la recherche en santé mentale (spécifique santé mentale) – ORSPERE centre ressource national également
- Universités

Associations d'usagers : UNAFAM, FNAPSYRéseau français des Villes
Santé OMS : En construction: réseau transalpin en santé mentale et nuisances sonores. Copil tournant.

Restitution en plénière - Pauline Rhenter

Le premier point qui est apparu problématique concerne les problèmes d'éthique et de déontologie. Car effectivement, lorsqu'on élabore des stratégies de réseau en santé mentale, sur les partenariats notamment autour des situations individuelles, il y a toujours une tension entre une dérive vers une approche sécuritaire où l'on partage tout et l'impossibilité, a contrario, de pouvoir travailler ensemble au service des personnes en souffrance psychique.

Le deuxième point est l'articulation entre les actions individuelles et les actions collectives, entre, par exemple, le dispositif de réussite éducative et les ateliers santé ville, ou les Contrats Locaux de Sécurité et de Prévention de la Délinquance et les ateliers santé ville.

Troisième point, les participants à l'atelier ont pointé la nécessité de définir le type d'espace pertinent pour le montage de projets communs, ainsi que l'accompagnement qui peut être fait sur les moyens d'animation d'un espace de concertation avec les acteurs de la santé mentale.

Et enfin, sur la légitimité d'une politique locale de santé publique, et de santé mentale en particulier, on a quand même souligné que l'atelier santé ville légitime la santé dans un champ local qui est celui des municipalités n'ayant pas de compétence propre dans ce champ, et à ce titre, l'ASV demeure un point fort. En revanche, et cela ressort encore plus dans cet atelier sur une thématique moins transversale que dans les autres ateliers, la difficulté de travailler en transversalité dans l'atelier santé ville, à partir de l'ASV, pour développer une stratégie de réseau en santé mentale se heurte toujours à la légitimité en interne au sein de la municipalité avec la politique de la ville et plus largement avec les partenaires extérieurs.

Autour des modalités d'accompagnement, ce qui est revenu de manière assez prégnante est la nécessité de partager les expériences, que ce soit au niveau très local, régional avec des ressources et des rencontres, mais également à travers des échanges avec d'autres villes dans toute la France. Le fait de pouvoir s'appuyer sur des centres ressources régionaux, qui notamment ont organisé cette journée, ou des centres ressources plus locaux a été souligné. La possibilité de s'appuyer sur des associations d'usagers (en matière de santé mentale, il y a quand même des associations d'usagers qui sont des fédérations au niveau national et qui ont des relais au niveau local) a été aussi mise en avant : elles peuvent être des ressources pour imaginer des stratégies de réseau et intégrer notamment les usagers, puisque cela entre complètement dans la vocation des ASV. Enfin, on peut se servir des réseaux existants, comme le réseau français des Villes Santé OMS, qui est un réseau national mais il y a également un « sous-réseau » régional, le réseau des Villes-Santé OMS de l'Arc Alpin qui, notamment, a travaillé sur des indicateurs communs en santé mentale. Le fait de chercher une information commune et de construire un tableau de bord commun avec d'autres acteurs que les villes, notamment les centres hospitaliers, permet aussi de développer un travail de réseau plus général en vue de réaliser des actions.

Point ultime que je voudrais évoquer, peu de participants ont cité les universités. Et personne n'a cité le Centre collaborateur en santé mentale de l'OMS. Je me permets de le citer parce que c'est une mission majeure du centre collaborateur OMS en santé mentale que de répondre aux sollicitations de municipalités en France qui souhaitent développer des stratégies de réseau en santé mentale.

4

ATELIER 4 Transversalité

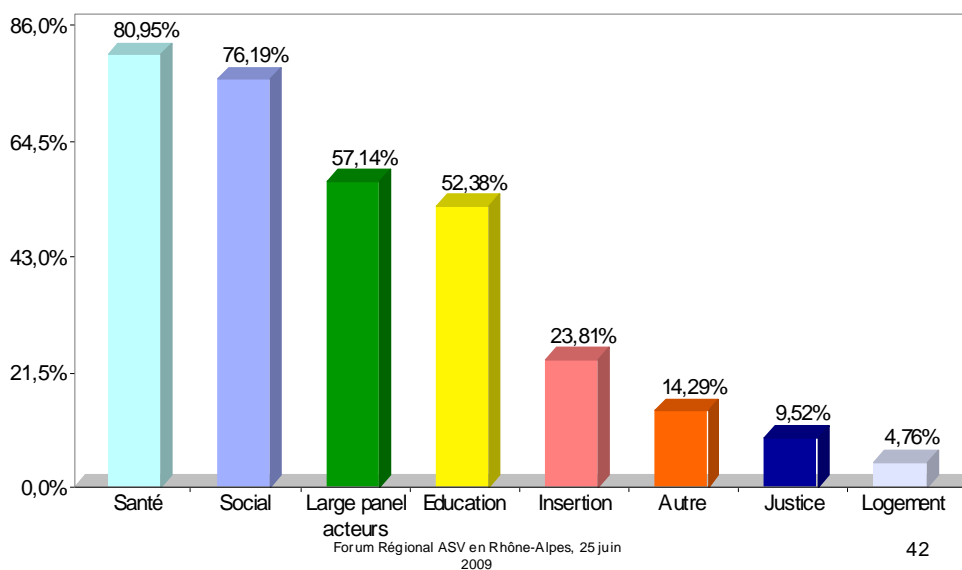
Animateur : Mohamed Boussouar, Education Santé Loire Rapporteur : Jean Philippe Lejard, Education Santé Isère

Diaporama et analyse des données présentées en plénière

- **Pour des réponses globales et intégrées, l'importance...**
 - de créer du lien... élus – professionnels, populations
 - de réponses intersectorielles pour légitimité des politiques locales de santé publique
 - de créer les conditions d'un travail collectif (éducation, social, sanitaire, insertion...) : instance décisionnelles, groupes de travail...
- **Transversalité... Intersectorialité...**
 - Dans quels domaines se joue l'intersectorialité?
 - Quelles articulations avec les autres volets du CUCS et diversité des acteurs dans les coopérations ?
 - Quelles conditions mettre en place?

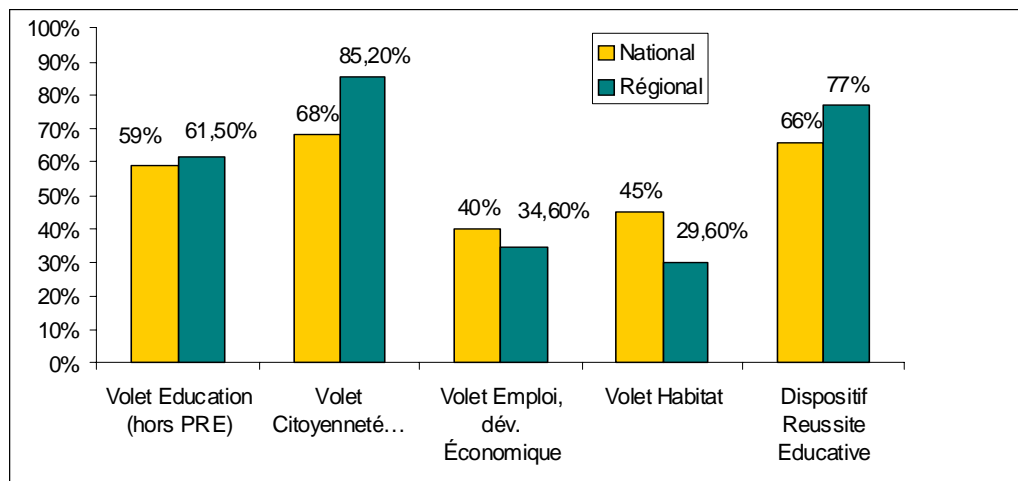
41

Acteurs associés aux actions (Autre que financeurs et pilotage)



42

Articulations effectives volets du CUCS



Forum Régional ASV en Rhône-Alpes, 25 juin 2009

43

Débat et échanges en ateliers

Définition de la problématique : qu'entendons-nous derrière cette notion de transversalité ?

Différentes dimensions à prendre en compte :

- nécessité de rechercher les possibilités de prise en compte des (et de travail sur les...) différents déterminants de santé à travers les différents volets du CUCS ;
- nécessaire diversité des disciplines professionnelles associées aux différentes phases du projet (travail en inter-disciplinarité) ;
- nécessaire mobilisation des élus à différentes échelles territoriales : la commune (évidemment !), mais aussi le Département (en raison, notamment, de ses responsabilités vis-à-vis des jeunes), et la Région ;
- intérêt à déborder des limites territoriales trop étroites et à favoriser un travail sur des territoires couvrant mieux les différents lieux de vie des personnes pour lesquelles on souhaite travailler en priorité (intégrant aussi bien l'habitat que les établissements scolaires, en passant par les lieux de loisirs ou de vie sociale...).

D iff é r e n t e s d i m e n s i o n s d e l a t r a n s v e r s a l i t é

A r t i c u l a t i o n e n t r e d é t e r m i n a n t s d e s a n t é e t v o l e t s d u
C U C S

N é c e s s i t é d e r a s s e m b l e r l e s d i f f é r e n t s a c t e u r s (P r o s
s a n t é [e t p a r i c u l i è r e m e n t l e m é d e c i n d e f a m i l l e] e t s o c i a l ,
é l u s , b é n é v o l e s , p o p u l a t i o n o u r e p r é s e n t a n t s)

D i f f é r e n t s n i v e a u x t e r r i t o r i a u x

Expériences des participants

Les participants ont bien évidemment été invités à parler de leurs expériences, et ils se sont pour la plupart exprimés à partir de situations vécues, mais la prise de note a été effectuée au regard des constats ou préconisations issus de ces expériences, et non dans le souci d'identifier et de décrire de façon exhaustive chaque expérience rapportée. De même, certains participants ont également posé des questions (par ex : « *comment chacun peut se sentir impliqué, de sa place, dans un ASV ? / N'est-ce pas une affaire de spécialistes, de professionnels de santé ? / Comment les politiques peuvent s'emparer de cette question ?* »), à partir desquelles d'autres ont pu apporter des éléments de réponse, regroupés dans les préconisations (encore appelées « conditions d'efficacité du dispositif » dans le Powerpoint réalisé à chaud).

Points forts et points faibles

L'échange sur ces dimensions s'est, en fait, rapidement transformé en un échange autour des freins et leviers de nature à assurer le bon fonctionnement et l'efficacité d'un ASV.

Pour ce qui est des **leviers** (ou conditions d'efficacité du dispositif), les principaux points identifiés sont les suivants :

- nécessité de rassembler dès la phase de diagnostic tous les acteurs concernés, au sens le plus large du terme, c'est-à-dire :
 - les élus (aux différents échelons territoriaux évoqués précédemment, mais aussi sur les différents champs de compétences en lien potentiel avec les déterminants de santé),
 - les techniciens,
 - les professionnels de santé (au sens large¹),
 - mais également
 - tous les professionnels en lien avec les publics (animateurs de centres de loisirs, moniteurs d'associations sportives...),
 - des professionnels dont le champ de compétences peut permettre d'agir sur certains déterminants de santé (ex d'un responsable de l'urbanisme ayant permis l'implantation d'un parking devant une crèche permettant aux parents venant déposer ou rechercher leur enfant de le faire dans des conditions de temps et de disponibilité beaucoup plus favorables que lorsqu'ils devaient le faire avec leur voiture stationnée en double-file...) ;
 - les habitants et/ou des acteurs-relais représentant ces habitants²
- nécessité d'une mise à plat initiale des représentations mutuelles sur la place de chacun dans le dispositif, avec ses spécificités, ses responsabilités, ses limites. Ne serait-ce que pour légitimer la place des uns et des autres ;
- besoin de construire une culture partagée autour des mots et concepts propres à ce champ, mais parfois totalement incompréhensibles pour une partie des participants. Ont ainsi été évoqués le terme « diagnostic », parfois confondu avec la notion de dépistage, voire totalement incompris, ou l'expression « bilans de

¹ un accent particulier a toutefois été mis sur les médecins de famille qui sont souvent parmi les mieux placés pour identifier, recueillir, faire connaître les besoins de santé des populations d'un territoire. Il a également été indiqué l'intérêt potentiel d'associer les pharmaciens, professionnels de proximité s'il en est...

² Le principal « intérêt » des acteurs relais étant de pouvoir prendre en compte les attentes, souhaits, questionnements des populations, sans nécessairement alourdir le processus par une recherche systématique de la participation effective directe de la population à toutes les étapes du processus.

santé », assez opaque pour certains ; or la mauvaise compréhension d'un terme comme ceux-là peut à elle seule nuire fortement à la mobilisation ou à la perception des enjeux d'un tel dispositif. Autre exemple de confusion fréquemment évoqué : santé/soins.

- extrême importance de l'étape « diagnostic », qui conditionne la légitimité et la pertinence du projet de santé qui en découle. Ce qui implique :
 - une inscription de ce travail dans la durée ;
 - un travail réellement **partagé**, dès l'élaboration du cahier des charges
 - une prise en compte des déterminants de santé relativement exhaustive
 - veiller à n'oublier personne lors des restitutions du diagnostic ;
- nécessité de rester dans la même logique de construction partagée pour l'élaboration du projet lui-même ;
- dans le cas où certaines étapes peuvent être plus longues que d'autres, veiller à maintenir la dynamique en gardant le contact (ou en rassemblant) régulièrement l'ensemble des parties concernées ;
- en termes d'organisation, l'importance d'une fonction de coordination lisible, structurée et dotée de moyens adéquats a également été pointée.
- enfin, sur un autre registre, il a été relevé que la présence de personnels ayant mission d'assurer une fonction d'interface entre les promoteurs de projets et les financeurs (délégués du Préfet) constituait un atout majeur pour de tels projets. Ces délégués sont en effet à proximité du terrain, donc en capacité de connaître et de défendre les enjeux réels liés à ces projets. D'autre part, il a été noté que ces représentants de l'Etat peuvent également apporter une aide dans le montage des projets.

Au chapitre des **limites** ou **freins**, ont été pointés :

- la complexité des dispositifs de financement (procédures lourdes et parfois peu compréhensibles / niveau d'exigence des financeurs parfois exorbitants sur des dimensions telles que l'évaluation...) et de leur accès ;
- l'importance de ne pas faire surgir lors du recueil des attentes de la population des espoirs démesurés au regard des possibles, de façon à ne pas engendrer de trop fortes déceptions, facteur de démobilité ou de discréditation du dispositif ;
- grande difficulté souvent rencontrée dans la mobilisation des médecins libéraux, potentiellement aggravée par une culture biomédicale distincte de la démarche de promotion de la santé, une approche des publics également fondamentalement différente. Sur l'aspect horaire, des participants ont mentionné le créneau 12H-14H comme un des plus propices à une participation de ces médecins libéraux ;
- enfin, des élus ont regretté qu'il ne soit pas toujours fait confiance aux politiques et que beaucoup se trouvent de fait exclus (car non invités) de réunions dans lesquelles ils auraient pu avoir leur mot à dire³.

- ³ Ceci étant à mettre en lien avec la question des représentations que chacun a sur la place des autres dans un dispositif comme celui des ASV (mais pas que...)

Conditions d'efficacité du dispositif

Rassembler tous les acteurs (au sens le plus large)

Confrontation des représentations mutuelles de la place de chacun dans le dispositif

Construire une culture partagée autour des mots et concepts

Importance de la qualité du diagnostic initial

- partagé

- intégrant les différents déterminants de santé

Conditions d'efficacité du dispositif

- Construction partagée du projet
- Information régulière de tous les participants pour entretenir la dynamique
- Valoriser l'interface entre les porteurs de projets et les financeurs (délégués du Préfets par ex.)
- Importance d'une coordination validée, avec des moyens adéquats

Restitution en plénière - Jean-Philippe Lejard

Quelles sont les conditions d'efficacité du dispositif ? La première étape qui nous semblait le point de départ, c'est l'importance de rassembler un maximum d'acteurs, et quand je dis « acteurs », c'est vraiment « acteurs » au sens large, c'est à dire la population, des représentants de la population, des professionnels, certes de santé, mais aussi tous les professionnels qui sont en lien avec la population.

Quand on met des gens ensemble, et cela n'est pas spécifique aux ASV mais à tout travail de partenariat, la première étape, c'est de se mettre d'accord à la fois sur les mots qu'on emploie, les concepts mais aussi sur la représentation que chacun a de la place des autres membres du groupe. Il nous a semblé important de rappeler la nécessité de ce premier temps où on échange sur les représentations qu'on peut avoir de la place de chacun dans le dispositif, de ses responsabilités, de ses limites, de « qui fait quoi ? ».

Autour de ce travail nécessaire autour des mots et des concepts, on a pris quelques exemples. Ainsi, le terme de « diagnostic » dont on a beaucoup parlé ce matin peut être compris complètement à contre-sens et certains membres évoquaient des situations où le diagnostic avait été entendu comme un dépistage. De même sur l'expression « bilan de santé », cela peut être aussi interprété complètement à tort. Donc, il est important, quand on vient de milieux forts différents, et la transversalité évoque bien l'idée de rassembler tous les acteurs avec des dimensions interdisciplinaires, de se mettre d'accord sur les mots et sur les concepts.

Ensuite, il a été redit à l'unanimité que l'étape du diagnostic était une étape indispensable. Pour que ce diagnostic soit bien réalisé, il est important bien-sûr, qu'il soit partagé, donc d'établir ensemble le cahier des charges du diagnostic et de bien intégrer au maximum les différents déterminants de santé. Pour construire ensemble le projet, il a été rappelé la nécessité d'informer régulièrement tous les participants, de les rassembler, pour maintenir une dynamique.

Il s'agit aussi de valoriser l'interface entre les porteurs de projet et les financeurs. On s'est aperçu que dans les territoires sur lesquels il existait des délégués du préfet, ils étaient un atout majeur parce qu'ils peuvent servir d'interface entre les promoteurs et les financeurs, donc valoriser et défendre les projets. Donc, c'est important de le signaler.

En terme de fonctionnement, on a redit la nécessité comme dans tout groupe de travail de bien identifier « qui fait quoi ? » et la coordination est une fonction vitale pour que le projet avance. Une coordination qui est validée, légitimée, qui fait circuler l'information, qui va remobiliser les élus mais aussi les acteurs.

5

ATELIER 5 Gouvernance

Animateur : Olivier François, FRAES Rapporteur : Christine Rondel, DDASS 69

Diaporama et analyse des données présentés en plénière

Un espace de contractualisation Ville/ Etat

- ** Mise en œuvre concertée au niveau local d'une politique publique
- ** Lieu de tension entre les démarches de santé publique ascendantes et descendantes
- ** Un pilotage local différencié selon antériorité des villes dans le champ de la santé

Forum Régional ASV en Rhône-Alpes, 25 juin 2009

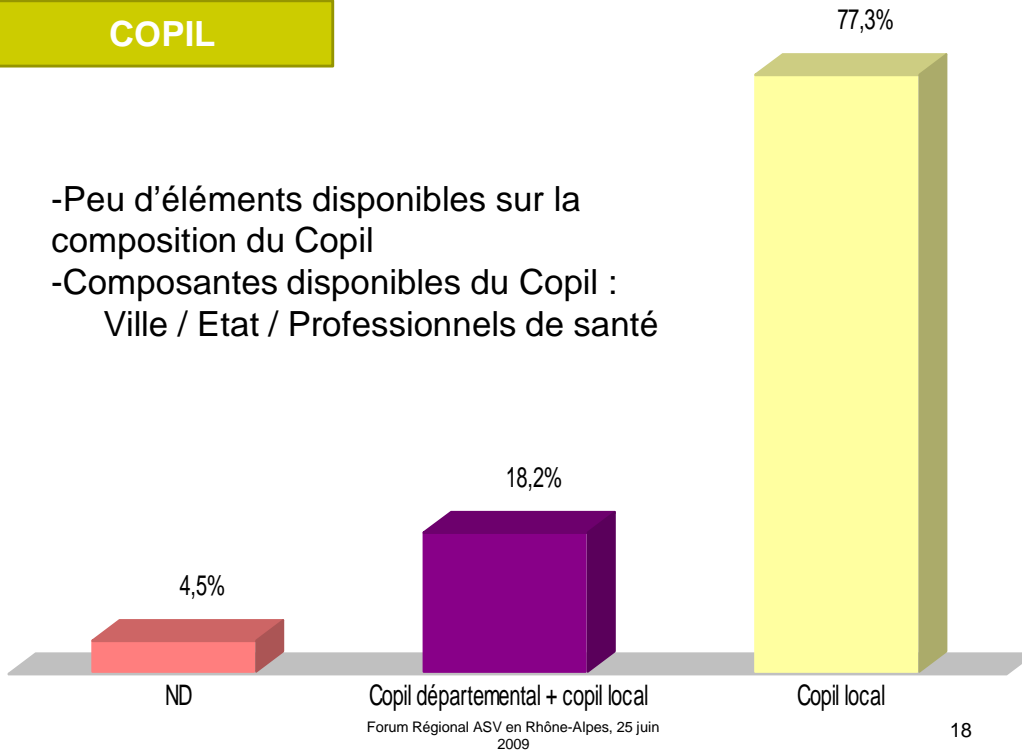
16

Conditions du co-pilotage

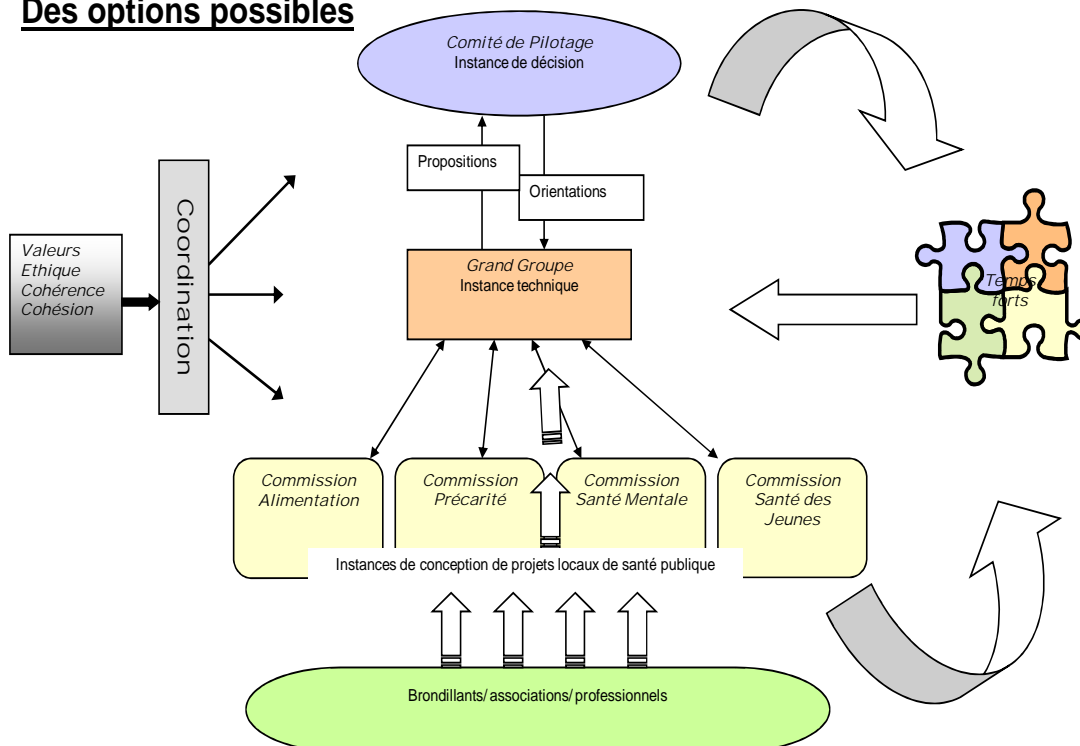
- ** Une mission politique et stratégique
- ** Asseoir la légitimité des porteurs au premier rang desquels le coordonnateur (moyens, place,..) ou des équipes
- ** Engager les acteurs de champs différents (transversalité),
- ** Développer des stratégies pour un PLSP (vision globale, intégrée)

COPIL

- Peu d'éléments disponibles sur la composition du Copil
- Composantes disponibles du Copil :
Ville / Etat / Professionnels de santé



Des options possibles



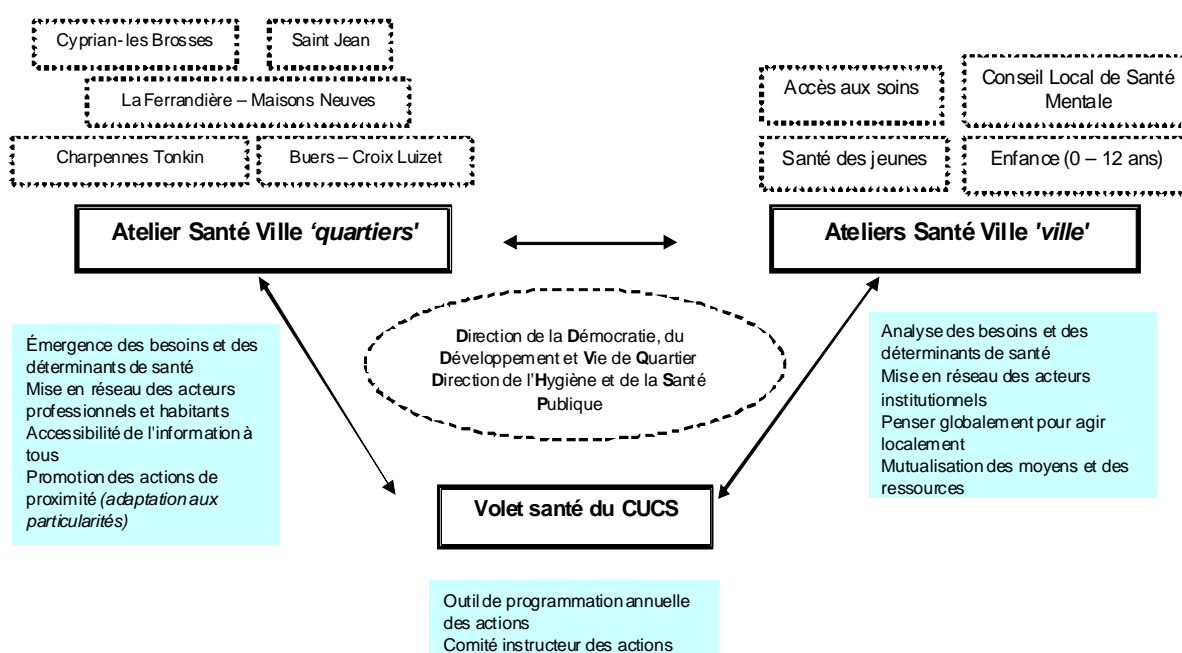
Source : CR Copil Juin 2008, Bron

Débats et échanges en atelier

Définition de la problématique : qu'entendons-nous par gouvernance ?

- **PILOTAGE** : façon de réunir les gens autour d'une thématique (santé) Sans gouvernance : pas de pérennité possible. Espace de contractualisation Ville Etat
- Implication des politiques - légitimité de l'élu
- Se rapporte à la notion de **TRANSVERSALITE** : logique de partenaires et de

Schéma : La démarche des Ateliers Santé Ville Villeurbanne



Source : Ville de Villeurbanne, Fiche DIV, 2007

Forum Régional ASV en Rhône-Alpes, 25 juin 2009

20

programme. La transversalité = un incontournable

- Pilotage : STRATEGIE pour agir d'une manière collective : quels moyens se donne-t-on ?
- Se pose la question de qui pose les règles. COMMENT POSE-T-ON LES REGLES ENSEMBLE, EN RESPECTANT TOUS LES NIVEAUX ?
- Différence de niveau : territoires (délimitation de la bonne échelle territoriale), culture professionnelle...

Expériences des participants face à la problématique

- L'ASV oblige à avoir un comité de pilotage, sinon on a une politique municipale de santé, avec ou sans (surtout sans) copil avec élus.
- Diversité des territoires.
- Difficile mise en place lorsque la commande institutionnelle exige que l'ASV soit mis en place uniquement à l'échelle intercommunale (Isère).
- Oullins : l'ASV s'applique sur tout le territoire communal et pas seulement sur les quartiers prioritaires CUCS.
- Pierre Bénite : forte implication du CCAS. Globalement, la coordinatrice = 1 tiers.
- St Priest : le CLASS (Comité Local Actions sociales et Santé) existant avant la démarche ASV fait fonction de COPIL car il réunit tous les acteurs de la ville concernés par la santé (pas question de créer une instance nouvelle déconnectée de la première. Volonté en 2010 d'impliquer davantage les acteurs dans le portage des actions).
- Globalement, difficulté pour les coordinateurs d'être reconnus par les autres acteurs de la ville (autres thématiques CUCS). Maintenant, un meilleur partenariat s'instaure.

Points forts et limites

Limites :	Forces :
légitimité non évidente de l' élu par rapport à la santé	
problème de lisibilité par rapport au portage sur un territoire : 1 élu santé / 1 élu Politique de la ville	Intérêt de la transversalité : richesse d'approches multi disciplinaires.
qui impose sa priorité ?	ou quelle communauté d'intérêts, recherche de dénominateurs communs
délimitation complexe de la bonne échelle territoriale	
difficulté de mise en œuvre sur un territoire large	définition d'une politique globale
Effet balancier entre politique globale et politiques spécifiques	
risque d'isolement par rapport aux autres dispositifs / thématiques CUCS	l'ASV une opportunité pour développer une approche complémentaire des autres

Quelles modalités d'accompagnement ?

- organiser des espaces de débat pour éviter une politique de l'Etat descendante. Besoin d'infos sur les réformes de l'Etat. Poser les règles ensemble.
- former les acteurs : politiques, institutionnels, professionnels. Nécessité de connaissance et de reconnaissance. Explication des compétences, contraintes, exigences de chacun. Former particulièrement les élus, les investir davantage.
- Mieux organiser et structurer la démarche : décroisonner l'ASV, le resituer dans un ensemble. Le rendre plus lisible, avec 1 copil plus fort marquant le partenariat ARS, Cohésion Sociale, villes et autres partenaires institutionnels.
- Stabiliser la question "santé territoire" : rechercher la pérennité de financement (précarité du CUCS conclu pour trois ans).

Restitution en plénière - Christine Rondel

On s'est dit qu'on se concentrait en terme de restitution sur la dernière partie de mise en perspective. Je ne développe donc pas ici tout ce qui a été dit sur les expériences, limites puisque vous le retrouverez dans les actes. On a essayé de regrouper en cinq points ce qui, selon nous, va dans le sens des perspectives et permet d'organiser l'avenir autour de la question de la gouvernance. Cette notion a, très globalement, à voir avec le pilotage, la définition de stratégies et la transversalité. D'où des réflexions communes, des dénominateurs communs à d'autres ateliers, dont celui de la transversalité.

En termes de perspectives, il a été question d'organiser des espaces de débat pour éviter de vivre une politique d'Etat descendante. En clair, il existe finalement une attente quand même forte d'information pour une meilleure connaissance, et du coup, une appropriation des informations concernant la prochaine mise en œuvre de la réforme de l'Etat, que ce soit au niveau de la mise en œuvre des futures Agences Régionales de Santé ou des futures directions départementales et régionales de la cohésion sociale.

La question phare a été la question de la formation des acteurs. Alors, bien sûr, puisque nous parlions de gouvernance, on a parlé un peu moins de l'usager en tant que tel : on a d'abord parlé de la formation des acteurs (politiques, institutionnels, professionnels de terrain, de la santé) pour viser une connaissance, une reconnaissance réciproque dans l'objectif d'élaborer une culture commune.

Comment on pose les règles ensemble ? Cela a vraiment été dit de façon différente et variée tout au long de l'atelier mais il me semble que c'est une question réellement prégnante. En fonction des compétences, des contraintes, des exigences de chacun, la question est de savoir comment, de là où on se positionne, on peut construire ensemble et organiser en région (échelle régionale, départementale et locale) les bonnes conditions pour une meilleure connaissance réciproque.

S'est également posée la question du décloisonnement de la démarche ASV, avec cette idée de resituer cette démarche dans un ensemble. Il s'agit bien d'agir ensemble, en cohérence, sur l'ensemble des déterminants de santé et d'interagir avec les autres thématiques, notamment de la politique de la ville et des priorités de santé publique.

Nous avons aussi évoqué l'enjeu d'améliorer la lisibilité de la démarche santé sur un territoire. Cela pose la question de mieux structurer les différents niveaux de pilotage, c'est à dire au niveau régional, départemental, local. Ce dont on s'aperçoit, notamment depuis la présentation réalisée ce matin, c'est que finalement on a des instances de pilotage relativement bien structurées au niveau local. Mais, et là ce sera une petite note finale et un petit peu personnelle, dès lors qu'on a dépassé la phase d'expérimentation et qu'on est, comme l'ont confirmé Mmes Bachelot et Amara, dans une phase de développement, c'est peut-être le temps de rebondir vers une meilleure lisibilité et vers une meilleure structuration au niveau régional et départemental de la dimension santé au sein des territoires.

6

ATELIER 6 Observation locale en santé

Animateur : Mathilde Moradell, FRAES Rapporteur : Olivier Guye, ORS RA

Diaporama et analyse des données présentées en plénière

- **Le territoire comme porte d'entrée pertinente**
 - Au-delà d'un simple zonage...
 - Au-delà d'une compilation de données quantitatives...
 - Au-delà d'une seule échelle de référence...
 - Au-delà du diagnostic...
- **Observation locale et enjeux**
 - Le sens de l'observation... donner à entendre et à résoudre les préoccupations locales
 - Le croisement et le partage des données...
 - Le soutien politique... une démarche légitimée d'analyse transversale

Comment mesurer, qualifier ce « mal-être » individuel et collectif ? Comment mesurer les évolutions dans le temps et l'espace et agir sur la qualité des rapports sociaux, la vitalité de la démocratie, la capacité d'agir des habitants ?

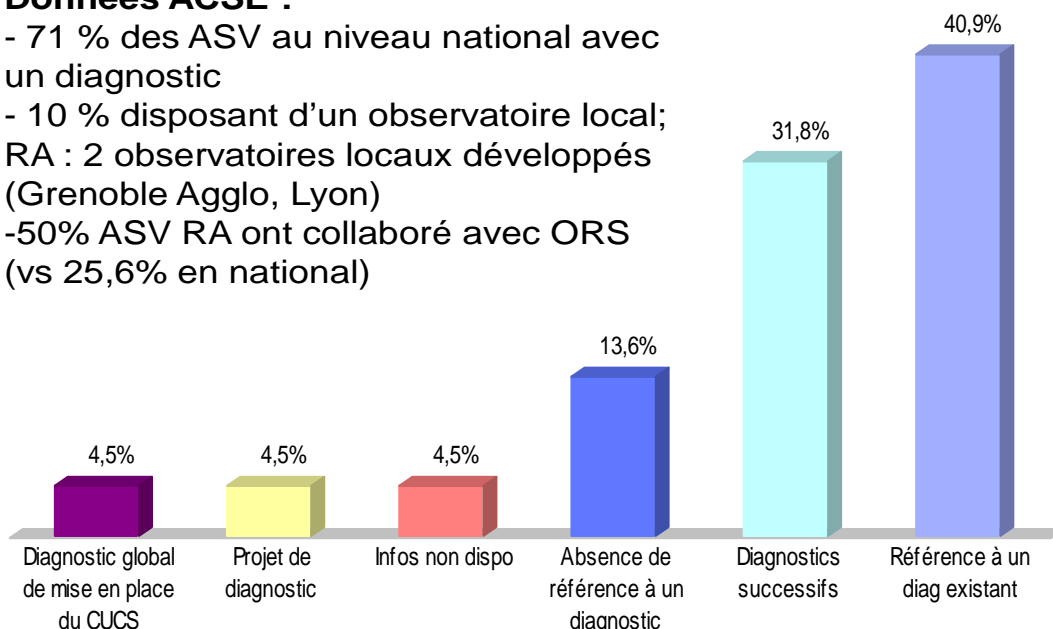
Forum Régional ASV en Rhône-Alpes, 25 juin 2009

22

Diagnostic ASV

Données ACSE :

- 71 % des ASV au niveau national avec un diagnostic
- 10 % disposant d'un observatoire local;
- RA : 2 observatoires locaux développés (Grenoble Agglo, Lyon)
- 50% ASV RA ont collaboré avec ORS (vs 25,6% en national)



Forum Régional ASV en Rhône-Alpes, 25 juin 2009

23

- **Des diagnostics portés par l'ORS RA**
 - Epidémiologie et observation participante
- **Des enquêtes préalables à processus d'accompagnement**
 - Dépistage obésité, caries dentaires...vers sensibilisation des parents en lien avec DRE (Dispositif de Réussite Educative) (Grenoble, Fontaine)
- **Le sens de l'observation questionné**
 - Des enquêtes qualitatives préalables pour orienter la recherche de données chiffrées (Grenoble)
- **La population entendue**
 - Exploitation du Baromètre des quartiers réalisé sur le quartier Paul Bert qui permet d'accéder à la parole des habitants dits « silencieux »
- **Une démarche d'enquête conscientisante**
 - Des femmes du quartier questionnent « *la santé c'est quoi pour vous ?* » (Pierre Bénite)

Forum Régional ASV en Rhône-Alpes, 25 juin
2009

24

Débats et échanges en atelier

- **La définition de la problématique de l'atelier (qu'entendons-nous derrière la question ?)**
 - L'observation locale est différente du diagnostic : pérennité
 - Repérage des besoins des habitants
 - En impliquant la population (participation et source d'information) malgré difficultés
 - Approche quali avec population donne de la réactivité
 - POUR l'action – Renforcer l'efficacité - Evaluation/pilotage
 - Particularités santé et hors santé
 - Intérêt d'élargir aux dimensions autres que santé
 - Meilleure connaissance favorise le partenariat
 - Idée de la mise en place d'un observatoire local : suivi évolution des besoins – **veille** pour adapter

Quelles expériences de la problématique ? Freins et leviers ?

- Questionnements :
 - A quelle échelle : interco – communes – quartiers ?
 - Question des petites communes
- Difficultés :
 - Souhait de se comparer : homogénéisation des recueils de données
 - Difficultés d'accès aux données locales
 - Souhait de s'approcher de l'évaluation des actions en terme d'impact sur la santé malgré le décalage temporel
- Action et observation
 - L'observation/le diagnostic prend du temps des moyens – Attention que cela ne se fasse pas trop au détriment de l'action
 - Le diagnostic contribue à l'action si conduit de manière participative

Quelles modalités d'accompagnement

- Aide méthodologique pour construire un dispositif d'observation locale
- Favoriser l'accès à certaines sources données (demande globale plutôt que multiplication des demandes locales)
- Perspectives Loi HPST/ARS : faciliter l'implication des communes dans le nouveau contexte dès les démarches d'observation (réflexion stratégique collective)
- Réflexion sur **l'implication des habitants** (modalités, sur-sollicitation, sollicitation des mêmes personnes, implication des personnes les plus isolées...) en allant au-delà du partage d'expériences : ateliers de réflexion / apports extérieurs / implication des différents acteurs associés aux ASV / formation...

Restitution en plénière - Mathilde Moradell

Plusieurs éléments sont apparus en termes de perspectives. Ce qui a été beaucoup souligné, c'est l'enjeu d'une aide méthodologique pour construire un dispositif d'observation locale. Une aide méthodologique qui vienne aider à construire, à réfléchir sur le sens de l'observation locale. Une aide qui permette de préciser les données potentiellement utilisables, utilisées en continu dans une dimension de veille, d'alerte, d'attention, de réactivité.

L'observation locale a été identifiée comme différenciée d'un diagnostic. L'enjeu d'une observation locale, ce n'est pas un diagnostic en soi et pour soi. C'est d'abord observer, avec la population. Nous y reviendrons.

Ce qui a été également identifié par rapport à l'observation locale, et cela va au-delà de l'observation locale, c'est vraiment l'enjeu d'avoir une connaissance et un échange autour de la future loi Hôpital Santé Patients Territoires avec ces questions posées « comment faciliter vraiment l'implication des communes dans ce nouveau contexte et ce, dès les démarches d'observation ? » En fait, l'enjeu c'est une réflexion collective partagée en région sur la future loi.

Une autre dimension soulignée est de favoriser l'accès à certaines sources de données et de permettre en région qu'il y ait une demande globale qui soit dispatchée pour éviter en fait les dispersions d'énergie. La recherche et la demande de données prennent beaucoup de temps, tout comme les diagnostics qui demandent aussi des moyens.

Enfin, et cela a vraiment été très fort tout au long de l'atelier, les membres du groupe ont souligné que l'observation locale se construit d'abord avec la population et en continu, avec les habitants, avec les professionnels. Il ne s'agit pas de créer un diagnostic, une photographie de l'existant mais surtout de suivre l'ensemble des actions et d'être réactif et d'aller vers, en particulier, la parole de ceux qu'on ne connaît pas.

ATELIER 7 Mobilisation des professionnels de santé

Animateur : Chantal Mannoni - Rapporteur : Aude Legube, Cr-DSU

Diaporama et analyse des données présentées en plénière

- **Des acteurs incontournables
...prévention....soins**

→ Importance des nouvelles interfaces de travail pour réduire les inégalités de santé...

- **Quelles conditions mettre en place ?**

- **Quelles opportunités à saisir ?**

Forum Régional ASV en Rhône-Alpes, 25 juin 2009

34

- **ASV et Publics principaux** : Professionnels (tout confondu) 18/22 ASV → **81,8%**

- **Première thématique développée**

- **« Taux d'implication » (ACSé, 2008):**

- Secteur public : 53% (59% national)
- Secteur privé : 33% (id.)

- **Implications instances (comité pilotage)**

- → **20%** (.N=13)

- **Modes de coopération** : réseaux, travail communautaire, formations

Forum Régional ASV en Rhône-Alpes, 25 juin 2009

35

I - Délimitation du champ : De qui parle-t-on ?

Le tour d'horizon permet de définir de nombreux professionnels de santé avec une organisation en cercles concentriques⁴. Les professionnels cités peuvent exercer individuellement ou collectivement.

1.1. Une série de professionnels de santé « noyau dur »

- Médecins généralistes et spécialistes dont ophtalmologistes, dentistes, ORL (lien PRE entre autre)
- Pharmaciens
- Infirmiers
- Sages-femmes (importances dans projets périnatalités)
- Kinésithérapeutes
- Orthophonistes (lien PRE entre autre)
- Psychiatres/ psychologues (CMP ou libéraux, centres hospitaliers lien santé mentale dans la cité, équipes mobiles de psychiatrie.....)
- Gynécologues
- Pédiatres
- Gériatres (mais peu de projets sur cette population)

1.2. Une série de professionnels essentiels dans une fonction passerelle (au-delà du noyau dur qui doit également avoir une fonction de relais et de passerelle)

- Adultes relais (selon leurs spécificités, leur champ d'action est centré sur la santé et le lien santé-social)
- Accompagnants santé, éducateurs santé (il est important de rester vigilant sur ces nouveaux métiers qui peuvent venir changer le paysage local et offrir de nouvelles coopérations)
- Auxiliaires de vie
- Réseaux ville – hôpital (précarité ou thématique)
- Travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés des conseils généraux, missions locales....

1.3. Des structures dans lesquelles des professionnels sus cités peuvent / doivent aussi être des interlocuteurs dans le cadre des ASV selon les configurations locales (ces structures peuvent exercer dans un cadre public ou privé).

- La PMI
- Le centre de planning familial
- Le CMP et structures spécialisées
- La santé scolaire (médecins – infirmiers)
- Les professionnels engagés dans des réseaux thématiques
- Les réseaux de médecine générale (propres à chaque territoire)
- Les professionnels de la médecine du travail
- Les associations. Exemple : les CSAPA dans le champ des addictions
- Les structures publiques dont les PASS (on a vu que des possibilités existent en RA pour travailler plus avec les PASS ; toutefois deux questions se posent : quelles PASS fonctionnent ? quels relais se font depuis la proximité avec les habitants et ces espaces au sein des hôpitaux publics ?)
- Les différents services spécialisés hospitaliers dont la psychiatrie

➔ La mobilisation de ces professionnels (aux espaces et rôles différenciés) nécessite des stratégies d'implication différenciées (niveaux, temporalités...) à articuler dans le cadre de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

➔ La liste des professionnels mentionnés pointe la nécessité de conserver les articulations social/santé.

⁴ Cette liste n'est pas exhaustive, elle reprend ce qui a été cité dans les contraintes de temps de l'atelier

II – Les questionnements partagés, les freins, les leviers

2.1. Questionnements partagés

- « Comment associer les médecins généralistes à la démarche »⁵ ? Pour avancer sur cette problématique, il apparaît nécessaire de dépasser ce questionnement d'ordre général.
- Il s'agit alors de renverser la question pour sortir de l'impasse. En plus d'imaginer ce que peut apporter le médecin généraliste à l'ASV, il est nécessaire de se demander en quoi l'ASV peut être utile aux professionnels de santé.
- Se pose alors la question des *points d'accroche* avec ces professionnels :
 - Quelle *porte d'entrée* fait sens pour le médecin généraliste ?
 - Quelles sont les formes d'organisations à prendre en compte ?

2.2. Freins identifiés

- Dans le cadre de son exercice, le médecin généraliste est d'abord en réponse à une demande (urgences). Sa disponibilité n'est pas exponentielle.
- Les temps de concertation sont en inflation.
- Toute absence du cabinet ou de l'exercice professionnel entraîne un manque à gagner.
- Les médecins généralistes ont une méconnaissance des déterminants sociaux des inégalités de santé.
- De façon générale, la démarche ASV ne prend pas sens pour eux : la dimension collective des inégalités de santé ne fait pas partie du cadre de référence du médecin généraliste (cf. relation individuelle du médecin généraliste avec son patient).

2.3. Leviers identifiés

2.3.1. Leviers contextuels

- Les éléments de contexte peuvent être porteurs d'une mobilisation des médecins
 - *Illustration*. L'épidémie de VIH. Cette épidémie a mobilisé les médecins généralistes car elle a fait irruption dans le « paysage local ». Les médecins généralistes se sont regroupés pour imaginer ensemble des façons d'agir. Cette mobilisation représentait un intérêt direct dans leur pratique.
- La présence de réseaux de professionnels, propre au contexte local, est un levier à activer.

2.3.2. Leviers organisationnels

- Les horaires pour s'entretenir ou mobiliser ces professionnels sont à prendre en compte (tôt le matin, tard le soir, temps de midi). Cependant des expériences montrent que cela n'est pas suffisant.
- Les contacts téléphoniques, courts, sont à privilégier en fonction du sujet (par exemple dans les diagnostics). Cela suppose de pouvoir établir en amont des priorités. Les enquêtes non accompagnées (envoi de questionnaires qui se sur-ajoutent aux papiers habituels et qui ne prennent pas sens sans explicitation en amont) ou trop longues ne sont pas opportunes.
- La question se pose de savoir s'il faut rémunérer les médecins généralistes pour les temps de concertation et/ou pour leur contribution à des actions ponctuelles (l'exemple est pris des médecins coordinateurs de réseau).

⁵ L'atelier a pris l'exemple du médecin généraliste pour mener sa réflexion. Néanmoins, la question posée est plus large. Comment mobiliser le secteur libéral dans son ensemble ?

2.3.3. Leviers pédagogiques

- La formation médicale continue est un espace à investir.
 - *Illustration.* La formation de médecins généralistes aux inégalités de santé par MGform (association de formation médicale continue au service des médecins généralistes). La session de formation comprend une réunion bibliographique (un travail de groupe permet de faire l'analyse et la synthèse d'articles portant sur les inégalités sociales de santé) puis un travail sur le *vécu* du médecin généraliste via du théâtre forum (un tiers prend le rôle de patients rétifs à la prévention). Cette méthode pédagogique permet au médecin d'intégrer dans sa pratique des éléments de connaissance autour des inégalités de santé pour une meilleure qualité de prise en charge et relationnelle.
 - Pour autant, on peut se questionner sur l'impact de l'intégration de ces connaissances sur l'implication de ces médecins dans une dimension de projet sur un territoire donné. En effet, on notera la double implication possible du médecin généraliste :
 - Depuis sa place, dans sa relation à sa clientèle, en prenant en compte les déterminants des inégalités de santé
 - Lors de temps décalés, dans le cadre de la programmation locale de projets de santé visant à réduire les inégalités de santé, en ayant une implication d'ordre populationnelle - dont les discriminations liées à la CMU-C par exemple.
- Une meilleure connaissance du fonctionnement des médecins (rémunérations, surcharge de travail, primauté de la gestion de la demande) est nécessaire.

III. Les propositions

3.1. Stratégies à développer

- Renverser le questionnement. Que peut apporter l'ASV au médecin ? Comment peut-il être facilitateur pour sa pratique professionnelle ?
- Permettre l'interconnaissance entre ASV et médecins généralistes. Il est alors nécessaire de trouver les bonnes interfaces, les bonnes stratégies, les bons points d'accroche.
- Définir plus précisément les attentes réciproques et aller à l'essentiel avec ces professionnels. Cela suppose de se questionner sur les thématiques sur lesquelles il est important de les mobiliser et à quels moments. Des points d'accroche ont été cités : vaccinations, dépistages.
- S'appuyer sur des associations de médecins existantes (en fonction de la culture locale).
- Conserver l'espace élus, professionnels, habitants.
- Conserver les liens santé – social.

3.2. Modalités de mise en oeuvre

- La mutualisation des pratiques (ASV, partenaires, professionnels de santé), en précisant ses objectifs pour qu'elle soit utile, visible et diffusable.
- La formation médicale initiale et continue, le travail avec les universités, les IFSI... peuvent contribuer à diffuser les éléments de connaissance autour des inégalités sociales et territoriales de santé et créer de nouvelles dynamiques.
- Des formations croisées au niveau des territoires (entre les différents professionnels de santé et les acteurs de santé publique, les ASV, les élus...). Un travail sur des modalités pédagogiques appropriées/innovantes doit être conduit (cadres de référence différents; pédagogie active). Les nouveaux métiers (accompagnants santé, éducateurs santé...) ne doivent pas être oubliés dans cette dynamique.

- Pour toutes ces propositions, une vigilance doit être portée à ne pas brûler les « bons » professionnels en les sur-sollicitant.
- Un travail en proximité est à mener et à articuler avec une dimension plus large (exemple : du quartier à la commune). Cela renvoie à la question de rémunération si formations en semaine ou encore des temps des professionnels sur les week-ends... Pourquoi pas aussi changer nos modes de fonctionnement, et faire valider ces formations – importance de la reconnaissance pour chacun des acteurs.

Restitution en plénière - Chantal Mannoni

Dans l'atelier, il y avait un panel d'élus, de professionnels, de coordonnateurs ASV, ...
Quels sont les messages clé ? D'une part, il s'agit d'arrêter de fonctionner comme on fonctionnait jusqu'à aujourd'hui, de renverser les questionnements et de se dire « qu'est-ce que l'ASV peut apporter ? » et non plus « Comment peut-on capter les professions de santé ? ». On s'est centré sur les médecins généralistes parce nous avons un médecin parmi nous. La question qui se pose est de faciliter l'interconnaissance. La représentation d'un ASV pour les médecins généralistes, ce n'est pas clair du tout et par ailleurs, les acteurs en santé publique ne connaissent peut-être pas suffisamment le métier de médecin généraliste. On s'en fait une représentation mais peut-être qu'il y a des choses à creuser pour créer des interfaces.

Ce qui a été réaffirmé dans cet atelier, c'est de conserver, (et là on s'adresse aux décideurs) le lien santé-social, de définir plus précisément les attentes, peut-être de plus aller à l'essentiel et de ne pas tout demander aux médecins généralistes, donc de définir les points d'accroche, les thématiques : on a ainsi cité « vaccinations », « dépistage ». A quel moment : sur des temps forts dans l'année, du ponctuel ? Comment peut-on aller plus loin en termes de programmation sur un territoire pour réduire les inégalités de santé ?

Partons des expériences positives en Rhône-Alpes, mutualisons ces articulations qui ont réussi, sur tous les sites. Ayons l'objectif de rendre visible cette mutualisation pour que ce ne soit pas seulement un échange d'expériences mais qu'elle soit diffusable, pour retenir les conditions favorables à cette articulation, selon les contextes.

L'autre élément énoncé, c'est de s'appuyer sur les associations de médecins, qu'on ne connaît pas toujours. On a souligné aussi l'enjeu de prêter également attention à ne pas « brûler » les bons professionnels. On a tendance à sur-solliciter les professionnels qu'on connaît bien et qui sont engagés sur les réductions des inégalités et les réseaux.

En terme de stratégie, on se disait qu'il fallait absolument imaginer l'investissement de la formation médicale initiale et continue, les universités, les IFSI. Et puis, peut-être aussi, imaginer des formations croisées au niveau des territoires, des quartiers, entre différents professionnels de santé, les acteurs de santé publique et les acteurs ASV pour, justement, forger à la fois une culture partagée mais aussi territorialisée.

Par ailleurs, ce qui a été mis en avant, c'est l'enjeu de modalités pédagogiques appropriées et innovantes. L'expérience de MG Form que nous a rapportée Dominique Lagabrielle était extrêmement intéressante. Il s'agit aussi de porter attention aux nouveaux métiers : les accompagnants santé, les éducateurs qui vont être mis en place dans les mois à venir. Donc nous devons prêter attention à tout ce panel qui va s'élargir avec un noyau dur constitué de professionnels qui font passerelle et sont essentiels entre les publics, tout spécialement, et les structures publiques ou privées.

ATELIER 8

Accessibilité et recours aux soins et à la prévention, où en sommes nous ?

Animateur : Jean Pierre Gourdol, ADES 69 - Rapporteur : Charlotte Péron, Education Santé Ain/ADESSA

Diaporama et analyse des données présentées en plénière

PROXIMITE

LISIBILITE ET VISIBILITE DES RESSOURCES

- **Des champs qui se croisent :**

- Le politique
- Démographie des professionnels de santé
- Processus de vulnérabilité et potentiel éloignement des services :

- **Quels modes de coopération dans la proximité ?**

- Interfaces ville- hôpital
- Coordination des acteurs
- Etc...

- **Quelles conditions créer pour un travail collectif ?**

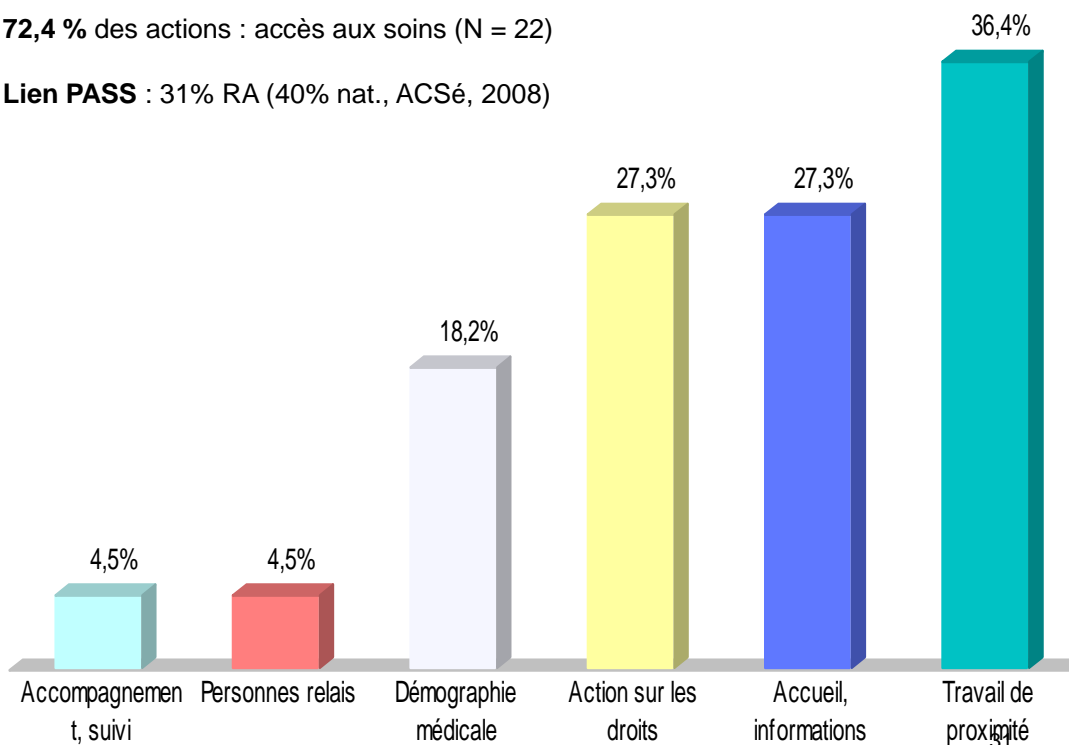
- Croisement champs politique, éducation, social, sanitaire, insertion en particulier,
- Equipes pluridisciplinaires
-

Forum Régional ASV en Rhône-Alpes, 25 juin 2009

30

72,4 % des actions : accès aux soins (N = 22)

Lien PASS : 31% RA (40% nat., ACSé, 2008)



- **Aix les Bains** : implication dans le réseau « précarité » ville-hôpital → cohérence pour personnes les plus éloignées (SDF, *travailleurs pauvres*, personnes isolées...)
- **St Fons** : travail avec les **adultes relais**
- **St Priest**: définition des **difficultés avec les personnes**, accès aux droits (CPAM), **bus info santé**
- **Pays Viennois** : 1 espace « relais santé » (implication des **mutuelles et professions libérales**);
- **Grenoble (sous réserve)**: **équipe pluridisciplinaire** (primaire+ collègue) pour un projet global dont soin bucco-dentaire : du dépistage aux soins effectifs

32

Débat et échanges en atelier

La définition de la problématique de l'atelier (qu'entendons-nous derrière la question ?)

- Question pas abordée directement au vu du retard pris dès le départ

- Remarque:

Pendant le débat, un point d'attention a été souligné à savoir bien dissocier le soin de la prévention quand on évoque cette problématique de l'accessibilité auprès du public (habitants, professionnels...)

Quelles expériences les participants ont-ils de la problématique ?

Nombreuses expériences abordées (liste non exhaustive)

- Mise en place de médiateur santé ou adultes relais (formés)
- Forum santé tout public
- Point info
- Commission spécifique (acteurs, partenaires, bénévoles, habitants...)
- Moyen « d'aller vers » : ex: rallye découverte pour personne en isolement

Quels sont les points forts et les limites ?

- Importance d'un travail communautaire avec un pilotage professionnel
- Favoriser l'accompagnement physique des personnes adultes relais ou médiateurs santé
- Se donner le temps
- Valoriser les expériences thématiques comme action d'accès aux soins et à la prévention
- Importance du diagnostic pour avoir des bases et développer le partenariat
- Chaque acteur (professionnel ou habitant) doit pouvoir s'approprier les pistes d'action du diagnostic

Quels sont les points forts et les limites ?

- Présence essentielle d'un coordinateur ASV au moment du diagnostic permettant de légitimer sa place dans la mise en œuvre de l'ASV
- Savoir utiliser l'histoire du territoire
- Connaître et faire connaître les dispositifs ressources du territoire
- S'appuyer ou créer des collectifs d'acteurs partenaires multidisciplinaires pour une mise en réseau (culture commune) et une communication optimisée
- Instaurer des milieux de parole avec climat de confiance
- Favoriser le lien entre les différents services de la ville
- Reconnaissance institutionnelle indispensable pour avoir le soutien et des moyens nécessaires (financement et précarité du statut des coordinateurs ASV)

Quelles modalités d'accompagnement

- Poursuivre le collectif régional des coordinateurs ASV et décideurs politiques tout en légitimant ce collectif par convention ou autre
- Eviter les « empilements » de temps d'échanges
- Avoir un éclairage sur les nouveaux dispositifs ARS
- Former les élus locaux
- Formaliser au niveau régional le recrutement et la formation des adultes relais
- Avoir des moyens humains sur des financements, et pourquoi pas régionaux (???)

Restitution en plénière - Charlotte Péron

Il a été souligné l'enjeu de poursuivre le collectif santé des coordinateurs ASV et des décideurs politiques, puisqu'il y a les deux niveaux qui existent, tout en les légitimant par une convention d'un autre type. Cela a été une forte demande pour que ce collectif soit reconnu et puisse porter plus au-delà du déroulement des ASV. Et ceci en évitant les empilements des différents temps d'échange parce qu'ils sont nombreux, ils sont très riches mais c'est vrai qu'ils sont aussi chronophages.

Il a été également souligné l'enjeu d'avoir un éclairage actuel sur les nouveaux dispositifs à venir pour que chacun puisse s'en saisir au mieux. Une autre demande était de pouvoir former les élus locaux. C'est apparu comme un frein ou un levier important sur cette thématique de l'accessibilité. Le niveau régional est attendu peut-être sur un autre point qui serait la formalisation du recrutement des adultes relais. Autour de l'accessibilité à la prévention et aux soins, cette fonction de médiateur santé, ou adultes relais, est apparu comme un élément plus que favorisant. Enfin, il a été souligné l'enjeu d'avoir des moyens humains sur des financements, pourquoi pas, régionaux.

Discussion, questions autour des ateliers

Catherine Richard, chargé de mission au secrétariat général du CIV

Dans un des ateliers, il m'a semblé que c'était celui sur « recours aux soins et à la prévention », je pense que les questions qui ont été posées ont été un petit peu décalées par rapport à l'intitulé de l'atelier et cela n'a pas donné tout à fait les mêmes réponses. Il me semble que les réponses données se rapportent beaucoup plus à une vision institutionnelle plus qu'elle ne traitent des modalités pour résoudre la question d'accessibilité à la prévention et aux soins. Une petite remarque que je voulais faire.

La lettre circulaire du 20 janvier 2009 sur les contrats locaux de santé, demande justement à ce que les communes se positionnent pour élaborer des contrats locaux de santé et leur contenu en plans locaux de santé ou projets. Comment vous positionnez vous par rapport à cette circulaire ?

Myriam Buffet, Ville de Lyon

Dans le cadre du collectif régional des coordinateurs ASV, on en a régulièrement parlé et le CR-DSU a bien fait écho de cette circulaire. Mais on attendait un petit peu, aussi, le soutien et l'accompagnement de l'Etat. Si, sur le Rhône, la DDASS est très présente et très partie prenante, elle ne peut pas tout faire et nous on attendait...Ce matin, j'ai beaucoup apprécié d'avoir une déclinaison de ce qu'on pouvait mettre dans un CLS. Alors, il faut peut-être appeler cela autrement parce que pour moi au départ, CLS, c'est Contrat Local de Sécurité. Je pense qu'il y a beaucoup de villes qui sont prêtes à mettre en place un Contrat Local de Santé. Mais est-ce que chacun fait cela de son côté ou est-ce qu'on a une directive un petit plus détaillée, méthodologique, sur l'élaboration de ces contrats ?

Catherine Richard, chargé de mission au secrétariat général du CIV

Ma question n'était pas de savoir si quelqu'un avait bien fait son travail de diffusion mais de savoir comment vous vous positionnez par rapport à cette lettre circulaire. Vous m'avez donné la réponse. Une question demeure : celle de l'accompagnement en ingénierie de projets pour l'observation locale. Comment anticipe-t-on et comment suit-on les projets ? Je pense en effet qu'il y a nécessité d'accompagner de nouveau les villes sur cette question là.

Chantal Mannoni, Consultante en santé publique

Dans d'autres départements et d'autres régions, autour de la question des contrats locaux de santé, il y a effectivement cette double attente de réponse quant aux modalités d'organisation pratique. En même temps, il y a un certain nombre de départements et de régions qui disent « il faut qu'on s'organise et il faut qu'on travaille ensemble pour être force de propositions et ne pas attendre justement les directives ». Après, chacun de ces départements et régions voit comment ils s'organisent. Je citerais deux sites que je connais bien, le département de Seine Saint Denis et la région Provence Alpes Côte d'Azur. Les acteurs, même s'il ne faut pas non plus généraliser les choses, ont décidé de se centrer sur l'année 2009 pour réfléchir ensemble, pour essayer de construire les choses autour des Plans Locaux de Santé et des Contrats Locaux de Santé. Ils ont choisi d'être force de proposition avec des déclinaisons opérationnelles de façon à être vraiment contributif de ces montages. Et c'est un vrai défi.

Mathieu Fortin, Ville de Villeurbanne

En termes de complément autour de la réflexion sur la mise en place des contrats locaux de santé et des Plans Locaux de Santé, je vous donnerais l'exemple de la ville de Villeurbanne. On n'attend pas effectivement que la lettre-circulaire soit plus explicite pour commencer quelque chose. Je pense que le Plan Local de Santé Publique peut être l'intermédiaire avant le contrat, la contractualisation entre la ville et la future Agence Régionale de Santé. Sur Villeurbanne, on commence déjà à formaliser ce plan à partir des diagnostics locaux qui ont été réalisés sur quatre années, des actions menées dans le cadre du CUCS 2007-2010 pour pouvoir préparer justement ce contrat local de santé publique. Je suis de l'avis de Chantal Mannoni. Je ne pense pas qu'on doive attendre forcément que l'Etat nous aiguille sur la formalisation de quelque chose. Il faut qu'on s'y prépare en amont et là, c'est plus aux élus locaux de se mobiliser là-dessus.



TABLE RONDE



Débat entre des représentants des élus, des institutions et des centres ressources sur les perspectives issues des résultats des ateliers

Participants à la table ronde animée par Emmanuel Ricard, délégué SFSP :

- Catherine Richard, chargée de mission, secrétariat général du Comité Interministériel des Villes,
- Eric Arderighi, Conseiller municipal délégué à la santé de la ville de Bron,
- Patrice Voir, Conseiller municipal délégué à la santé de la ville de Grenoble et membre de l'association Elus, Santé Publique et Territoires,
- Christine Rondel, chargée de mission DDASS Rhône,
- Isabelle Chenevez, directrice Cr-DSU,
- Olivier François, directeur FRAES.

Catherine Richard, chargé de mission au secrétariat général du CIV

Je pense avoir présenté quelque chose ce matin qui montre un peu quelques pistes pour l'élaboration des projets locaux de santé. L'important est le contenu et la réflexion qu'on y met dans la perspective d'un contrat local de santé et de créer les conditions d'une concertation sur le plan politique au niveau local et avec les services de l'état. Dans la lettre-circulaire d'un des points du CIV, il est indiqué de préparer cette évolution.

Il s'agit de donner l'information sur la possibilité pour les villes de se proposer candidates à signer un contrat local de santé et de se mettre à élaborer des travaux qui pouvaient être, dès la promulgation de la loi et la mise en place des ARS en 2010, potentiellement présentés et susceptibles d'être signés par les ARS. C'est clair. C'est vrai que ce sont des lettres-circulaire excessivement courtes parce qu'elles donnent des orientations aux préfetures. Le rapprochement au titre du CUCS et la question posée est « comment et sur quels éléments, le CUCS vous permet de vous positionner pour signer un contrat local de santé ? »

Alice Conte-Jansen, chef projet Politique de la Ville

En février de cette année ou en janvier, date de la circulaire, on était dans un contexte où les CUCS se terminaient fin 2009. On a appris qu'on avait un délai supplémentaire de 12 mois en mai. Moi, je suis sur « un petit CUCS », qui sont soi-disant, assez en danger. Je ne vais pas démarrer quelque chose avec mes élus, avec mes techniciens alors même que peut-être dans 12 mois, on n'existe plus. Alors, si vous voulez, il y a aussi une précarité. Le lien entre politique de la ville et politique de santé, dans ce cadre là, fait qu'il y a une incertitude forte. Et même aujourd'hui, douze mois plus tard, on est dans le brouillard. Moi je ne sais pas si fin 2010 on aura un CUCS sur la commune sur laquelle je travaille.

Catherine Richard, chargé de mission au secrétariat général du CIV

Nous sommes en effet dans un cadre de la politique de la ville. Mais il y aura des villes qui auront des Contrats Locaux de Santé sans avoir eu une seule fois des CUCS. La méthode ASV devient un cadre de référence structurant. Ce n'est pas le temps pour vous présenter toute l'analyse critique des CUCS. Si il y a une progression dans le cadre de la politique de la ville, c'est la santé, à partir de cette démarche. Donc, il est bien convenu avec la DGS, puis l'INPES, etc, de s'appuyer à partir de cette démarche là. Donc, que vous ayez un CUCS ou pas de CUCS, la question est de dire « voilà, si vous voulez vous engager sur la santé, qu'il y ait CUCS ou pas, il y a des Contrats Locaux de Santé qui peuvent être signés et à partir de là, il y a telle ou telle démarche, telle structuration possible pour pouvoir réaliser un projet local de santé ». Je pense que s'il n'y a plus de CUCS, cela ne veut pas dire qu'il n'y a plus de personnes en situation de précarité, ni de vulnérabilité qui auraient besoin aussi d'une certaine continuité de travail. Que ce soit fin 2009 ou

2010, la continuité est celle-ci et je pense que c'est le fondement même de la politique de la ville d'initier des choses qui soient reprises quitte à ce qu'on se retire.

Emmanuel Ricard, délégué SFSP

Pour lancer le débat, il me vient quand même un petit propos en réaction à ce qui vient de se passer et qui correspond un petit peu à ce que j'ai vu sur un des ateliers où j'étais présent ce matin, qui est l'atelier sur la gouvernance. On voit bien qu'il y a une sorte de danse qui se joue entre les acteurs pour savoir qui conduit. Et pour danser ensemble, il faut avoir envie de danser ensemble. Si chacun se regarde en chien de faïence, cela peut prendre du temps pour démarrer. Je pense que ce qu'il faut retenir de ces échanges sur cette histoire de lettre, c'est quand même que, à un moment, il va falloir savoir qui veut faire quoi, sur le terrain de qui. Il y a une possibilité de se lancer et d'essayer de construire l'espace. C'est une opportunité qui est actuelle. Si cette opportunité, vous la laissez passer, elle se fera dans l'autre sens. Et si je reprends ce qui a été dit, c'est cette question qui est posée « est-ce qu'on est sur une logique ascendante ou est-ce qu'on est sur une logique descendante ? ». A un moment, il faut faire un choix, il faut se lancer. Comme à un moment dans la danse, il y a un des deux qui doit aller vers l'autre et qui doit dire « est-ce que vous voulez danser avec moi ? ». Je dis cela parce que on est passé devant l'opéra hier, j'ai vu qu'il y avait des gens qui dansaient, je trouvais cela très joli et je pense qu'on est un peu dans cette image là. Il y a de la volonté mais il faut à un moment passer à l'acte. C'est typiquement ce qui est en train de se passer et pour une fois, on ne pourra pas dire que les conditions pour la réalisation n'étaient pas anticipées.

Participant

On a tous eu connaissance de cette circulaire. Il a été également fait référence à des régions qui commençaient à s'organiser. Concrètement, aujourd'hui, quelle est la remontée du terrain autour de cette occasion donnée, cette main tendue en disant « vous pouvez contacter votre préfet » ? Aujourd'hui, pour ceux qui ont une vision nationale, combien de collectivités locales ont fait la démarche d'aller toquer à la porte du préfet en disant « voilà, je viens vous rencontrer pour vous proposer mon projet...on danse ensemble... ? »

Catherine Richard, chargé de mission au secrétariat général du CIV

Quand les chefs de projet politique de la ville informent leur élu de cette possibilité, que le maire est d'accord pour pouvoir lancer le processus et donc envoyer un courrier au préfet et que le préfet veut bien remonter les questionnaires qu'on leur fait passer, nous avons en effet, à ce moment-là, des éléments de réponse. Mais, ce n'est pas comme cela que ça se passe et nous n'en avons pas actuellement sur le nombre de contrats locaux susceptibles d'être élaborés par les villes, au titre de la politique de la ville, et dans le cadre d'une application particulière sur les quartiers. Donc, je ne peux pas vous le dire parce que c'est excessivement difficile d'avoir des remontées d'information. Par bonheur, j'ai eu quelques visibilité grâce aux fiches ASV que j'avais lancé depuis 2004, 2005, 2006 et progressivement j'ai pu avoir quelques adresses qui me permettent d'avoir une continuité dans les informations.

Christine Rondel, DDASS Rhône

Je ne parlerai que pour le département du Rhône et par rapport à mon observation. Ce que j'ai essayé de faire depuis quelques semaines, quelques mois, c'est d'aller à la rencontre des élus. Il me semble qu'on a à construire quelque chose ensemble. Les textes aujourd'hui sont généraux, donnent une ligne directrice globale. Mais, si j'ai bien compris, après il est question surtout de voir quelle application et quelle réappropriation sera faite au niveau régional, départemental et local. C'est un petit peu dans cette perspective, en tout cas sur le département du Rhône, que l'on

travaille avec le préfigurateur de la Direction Départementale de la Cohésion Sociale qui est M.May-Carle. Le préfigurateur de la future ARS n'est pas encore nommé, il ne le sera que fin juillet voire un peu plus tard. En tout cas, c'est un petit peu dans cette perspective là que l'on nous inscrit pour l'instant. Nous, techniciens et experts un petit peu sur un domaine particulier, nous sommes force de proposition dans un espace à construire ensemble. Et l'on essaie donc de dialoguer, pour l'instant, avec les élus en disant « voilà, on va essayer d'avancer ensemble, on a chacun nos contraintes, nos exigences.. » et surtout lorsqu'il y a un ASV, mais c'est vrai aussi sur d'autres territoires qui n'ont pas d'ASV et qui sont par contre en CUCS et bien là aussi, on se dit « il y a une vraie dynamique, essayons de ne pas la casser et voyons comment, au travers de la nouvelle configuration qu'on va nous proposer, modestement, essayer de construire ensemble. » Et on va essayer là, pour l'instant, de faire des propositions. La question de pilotage et surtout du co-pilotage, de la co-animation m'intéresse fortement, de façon à ce qu'on soit bien dans ce double échange de parole et de construction pour, évidemment, atteindre les publics les plus vulnérables.

Isabelle Chenevez, directrice CR-DSU

En deux mots, et un peu sous forme de provocation, l'opportunité pourra être saisie pas seulement par le biais de la réception d'une lettre-circulaire. Je force le trait volontairement. Des lettres-circulaires, il en arrive tous les quatre matins sur les différents sujets liés à la politique de la ville, chez les chefs de projets ou dans les cabinets du maire, etc...Il me semble que ce n'est pas par là que la rencontre peut effectivement se concrétiser. Par contre, l'enjeu c'est bien de pouvoir proposer, dans les mois qui viennent, des espaces de débat. Que propose l'Etat ? Comment les acteurs locaux peuvent s'en saisir ? Qu'en pensent les élus locaux ? Qu'en pensent les équipes techniques et les acteurs de terrain ? Alors, là, on est quand même sur une politique contractuelle donc il serait peut-être souhaitable que l'Etat, y compris l'Etat en région puisse prendre des initiatives là-dessus. Les centres de ressource y participeront, prendront peut-être eux-mêmes des initiatives. Mais, réellement, pour que la sauce prenne, ce serait bien que l'Etat (au-delà du fait de donner une information je dirais descendante et ensuite de voir comment ça prend ou ça prend pas) puisse animer un débat, une rencontre. Ce n'est pas simple, il ne faut pas se le cacher, sur fond de RGPP, etc. Mais on ne peut pas demander aux élus locaux et aux acteurs locaux d'être présents sur tout, qui plus est dans un contexte où quand même il y a des réformes importantes qui sont en cours. Il faut encore dans un premier temps en prendre la mesure, en comprendre les contours, et à partir de là, les acteurs pourront se positionner. Donc, il y a peut-être acte de pédagogie à faire.

Catherine Richard, chargé de mission au secrétariat général du CIV

Une lettre-circulaire n'est pas un cahier des charges. J'ai bien commencé ce matin en vous disant que la réunion d'aujourd'hui était une réunion qui faisait suite à un souhait qui me paraissait évident, mais qui n'était pas mûr. Vous voyez bien, on a encore besoin d'accompagner les ingénieries de projets, la méthodologie, etc..Il faut également prendre la mesure de la maturité, de la nouveauté aussi de ce métier au sein de la politique de la ville sur le champ de la santé. A Bordeaux, on avait donné quelques pistes et dans ces pistes, il y a en effet l'animation régionale, un comité de pilotage qui s'est constitué, l'articulation DIV et INPES sur ces axes là pour pouvoir justement expérimenter sur des thèmes forts, anticipant sur ce qui va advenir. (On savait bien aussi que fin 2008, une loi Hôpital Patients Santé Territoires allait être débattue et que dans le laps de temps de ce calendrier santé, 2009 était celui de l'élaboration de ce travail là avec les villes et l'état et l'animation régionale en fait partie). Il y a aussi toutes les réflexions spécifiques dans les communes qui vous appartiennent et qui se concertent aussi soit avec la DDASS soit avec le Préfet.

Laurent Chambaud, de l'IGAS, avait été choisi pour faire justement ce « go-between » entre l'Etat Santé et l'Etat Politique de la ville, Cohésion Sociale, cette trilogie un peu complexe pour véritablement accompagner et voir comment les villes pouvaient agir. On a six mois de retard par rapport au calendrier puisqu'il y avait également le souci de voir comment les villes pouvaient faire des montages de projets locaux. Seulement voilà, on va commencer à aller voir les 215 sites phares pour comprendre comment les décisions et l'élaboration de ces travaux peuvent être prises.

Au niveau de l'animation régionale, cela a été entendu, la RGPP est complexe pour les services de l'Etat, pour le paysage global mais cela touche en effet tout le monde, même les villes en tant que citoyens. C'est un paysage à connaître, à comprendre. Il y a des sites internet pour suivre, le Sénat, l'Assemblée Nationale...

Emmanuel Ricard, délégué SFSP

Peut-être pour ne pas écarter cette question qui semble importante et pour y donner un autre éclairage, je vais revenir sur une question qui nous anime qui est la question de la participation. Vous voyez que, même en terme de politique publique, selon l'institution dans laquelle on se place, on n'a pas forcément les mêmes visions. Je donne ici ma vision de la politique de la ville.

La politique de la ville essaie de s'inscrire dans une politique qui fait plutôt remonter, la lettre en est un exemple, même si cela paraît être une procédure descendante. Les ARS, même si elles sont présentées dans une loi de décentralisation, peuvent être dans un processus de déconcentration. Il faut animer ces deux choses là et ce sont des contradictions qui sont portées au sein d'un gouvernement et au sein de démarches qui sont sur des mêmes thématiques. A un moment, il faut savoir aussi comment on joue de ce jeu institutionnel, où sont vos alliés et où sont les modalités qui vous conviennent le mieux.

Là, on est réuni aujourd'hui pour voir, sur une politique régionalisée, comment on construit des modalités de participation, ensemble. Moi, c'est comme cela que j'ai compris la thématique. J'espère que j'ai compris. Il y a un moment où il va falloir essayer de voir comment vous pouvez vous réunir, animer, renvoyer des choses, sachant que derrière, il y a des crédits, il y a des acteurs qui, si ils sont soutenus, font passer des idées et, si ils ne sont pas soutenus, voient leurs idées qui passent. Et aujourd'hui, dans cette dualité qui a été présentée tout à l'heure sur des directions qui se créent dans la RGPP avec un processus qui va être d'attribution de fonds à une ou l'autre des directions et avec des arbitrages, je pense qu'il faut que vous ayez ça aussi à l'idée que ce sont des enjeux dans lesquels vous êtes impliqués. Cela ne vous dépasse pas. Vous êtes impliqués. Et vous n'êtes pas, je dirais, des pions, vous êtes des acteurs dans cette démarche là. Il ne s'agit pas « de gens qui décident pour vous ». Vous êtes en interdépendance.

Je pense que c'est important de recalculer cela dans ce qui, pour moi, est le thème d'aujourd'hui. Et je le fais d'une position plus neutre, celle de ma position de Société Française de Santé Publique. On est sur des jeux d'acteurs : il faut les comprendre et revoir comment chacun s'y inscrit. La santé publique, c'est cela : ce sont des jeux d'acteurs qui font qu'il y a des politiques qui passent, des politiques qui bloquent et qu'on a des responsabilités, des engagements dans la participation à la réalisation de ces politiques. Alors, comme je l'ai vu sur l'atelier « gouvernance » et qu'on a des élus à la table, je vais vous renvoyer la parole. Je ne sais pas si c'est facile ou pas. Comment vous, vous réagissez par rapport à ce qui a été exposé ? Comment, selon vous, construire par rapport à ce débriefing qui a été fait et, de là où vous êtes, construire une animation en région, sur cette région qui m'a invité aujourd'hui ?

M. Arderighi, élu ville de Bron

Je m'exprime depuis ma position modeste d'élu local, conseiller municipal et en plus tout jeune arrivé puisque j'ai une année d'expérience. Ce qui a pu être dit dans les restitutions, nous on le vit au quotidien. La construction de la transversalité est un gros souci pour nous localement sur Bron avec effectivement les difficultés d'articuler les programmes CUCS et les programmes que l'on porte dans le cadre de l'ASV. Ce sont des questions qu'on se pose sur Bron. On n'a pas la réponse. C'est pour nous encore un frein notable. Moi, c'est le sujet sur lequel je me pose le plus grand nombre de questions et auxquelles je n'ai absolument pas de réponses et je suis un peu, dans l'expectative avec notre coordinatrice et notre élu aux affaires sociales. C'est un peu notre problématique locale.

Après, l'histoire de l'ASV de Bron a une histoire très ancienne qui est ancrée dans l'histoire de la ville, qui est compliquée. On essaye de se débattre avec tout cela. On a eu maintes coordinatrices qui se sont succédées. Et actuellement, ça y est, on commence à s'ancrer dans des habitudes, à se connaître et on relance tout ça. On est en train, nous, de remodeler tout cela, de reprendre les bases de travail et d'essayer de voir comment on peut construire, reconstruire, aller au-delà dans nos projets.

M. Voir, élu ville de Grenoble

Moi, je suis assez déterminé à ce que les collectivités locales s'engagent. On peut percevoir aussi des difficultés. La réforme de l'Etat est porteuse d'un double mouvement que vous avez évoqué en parlant de « déconcentration » pour les Agences Régionales de Santé. J'ai plutôt le sentiment, en tout cas c'est ma vision, que c'est une reconcentration et que l'Etat reprend le pouvoir, au moins sur la gouvernance des soins. Il y a ce mouvement là. Et si il y a l'espace possible pour les collectivités locales d'investir un peu plus le champ de la santé, se pose quand même la question « qui finance derrière ? ». Parce qu'on est sur une compétence d'Etat. L'expérience des collectivités et des élus, c'est quand même celle-ci : dès que l'Etat peut céder un peu de sa part de charges, il le fait.

Je reviens à la discussion de tout à l'heure. Quand on parle de la Région, je suis aussi élu régional, vous parliez de la prise en charge du personnel. Très sincèrement, si on pose le débat comme ça, cela ne va pas aller bien loin. Parce que l'expérience de la Région sur la question des formations sanitaires, et comme sur d'autres aspects, c'est, qu'au bout du compte, c'est une charge complémentaire sans que les ressources soient à la hauteur. C'est aussi un élément du débat, qui peut freiner aussi le volontarisme des collectivités en la matière. J'ai envie de dire cela à ce moment là parce que cel me semble être un élément clef.

Enfin, tout ceci reste flou...Je ne sais pas si vous avez des visions claires sur la partie sanitaire mais bon, moi pour l'instant, je ne vois pas très bien comment les choses vont être en place et véritablement fonctionner au 1^{er} juillet pour les ARS. Donc, il y a ce flou. Dans le même temps, enfin moi je le vis comme cela, il y a une reprise en main de l'Etat sur l'organisation des soins. Or, dans le volet santé de la politique de la ville, on est dans une démarche plutôt inverse.

Emmanuel Ricard, délégué SFSP

Alors j'aime bien la façon dont, typiquement, vous posez la question. Parce que si on a parlé « santé », vous me parlez « soins ». Les Contrats Urbains de Cohésion Sociale et les ASV sont au centre de cette dualité sur soins, accès aux soins et santé. Cela rencontre finalement la question que j'ai vu ce matin dans l'atelier sur la gouvernance où on voit qu'il y a, je dirais, un vrai problème de culture en France sur cette question du soin par rapport à la santé.

Il est question dans les ARS qu'il y ait un service important sur les questions de prévention et de promotion de santé. Si à un moment on décide qu'il faut changer de paradigme, c'est-à-dire arrêter de faire du soin des maladies chroniques et s'occuper d'avoir moins de maladies chroniques en travaillant autrement, je pense que là, ceux qui ont une place à jouer et un vrai savoir-faire, ce sont les collectivités locales.

M. Voir, élu ville de Grenoble

J'en suis intimement convaincu. D'où aussi mon inquiétude et le flou que je perçois parce que, pour moi, l'ARS elle est l'héritière des ARH et du volet « soins » et que, pour l'instant, la part « santé », j'ai dû mal à percevoir ce que cela va être.

Catherine Richard, chargée de mission au secrétariat général du CIV

La politique de la ville est un cadre qui réunit des conditions pour que, justement, le droit commun vienne. Nous sommes dans cette configuration actuellement. En tout cas, c'est ce vers quoi je souhaiterais pouvoir tendre en voyant effectivement des projets locaux de santé qui puissent s'inscrire, comme je le disais tout à l'heure, comme potentiellement signataires des contrats locaux de santé conclus par les ARS. Il va falloir s'organiser quand on sait, en effet, qu'entre la maîtrise des coûts et l'amélioration de la santé de la population, une réflexion stratégique est à poser et suivre. J'ai posé la question sur les moyens qui seront affectés à la prévention pour qu'on puisse envisager plus de prévention. Mais la maîtrise des coûts passe évidemment par des orientations qu'on voit un peu se dessiner. Ce qui me semble intéressant, c'est de s'appuyer sur vos acquis, et je ne parle pas seulement de vos compétences mais surtout de la connaissance que vous avez de votre territoire et cela, bien au-delà des ASV, en incluant notamment les PRAPS qui sont, rappelons le, un des programmes obligatoires. C'est à partir de ce cadre là, de votre connaissance, que vous pouvez élaborer ce projet, plus largement, d'une manière transversale y compris à partir des quartiers qui ne sont pas oubliés dans cette configuration, au titre de la politique de la ville.

Dans un premier temps, il faut signer un volet santé CUCS. Là, c'est toujours l'ASV et l'ACSé est là justement pour montrer les évolutions de cette démarche. Et par ailleurs, il y a votre projet, le plan local qui intègre et qui repositionne l'ASV dans une démarche beaucoup plus large au sein d'une équipe compétente qui est réunie par vous, élus. Cela est une première chose. La deuxième raisonne avec la prévention, la promotion de la santé, la politique de soins et l'accompagnement médico-social. Un exemple : au lieu de faire une maison de santé pluridisciplinaire, la ville de Montreuil a choisi de délocaliser son centre de santé. Ce n'est peut-être pas obligé de rajouter quelque chose mais plutôt de savoir comment on résout certains problèmes, comment on les pense pour pouvoir non pas rajouter un élément mais au contraire pouvoir disposer d'autres regards. Donc, la politique de soin en tant que telle sur votre territoire, là où vous pouvez agir et sur la base des motifs qui vous établissez, des arguments que vous pouvez apporter, peut également faire part de votre projet et permettre une visibilité.

Ensuite, il s'agit d'attirer le droit commun. Il s'agit de donner, et là je reviens à l'ACSé, les moyens d'ingénierie pour cette équipe locale, pour avoir une force de frappe en terme d'attractivité des programmes de promotion, de prévention, etc... . Si il n'y pas de force de frappe, si ce sont des mi-temps ou quelques « pèlerins qui s'égrènent », ou des choses qui ont du mal à se mettre en route, oui, là, la réactivité n'est pas la même. Ça, c'est évident. Mais enfin, il y a encore un an.

Il y a l'ACSé, qui est donc l'agence gestionnaire du dispositif et qui va aussi développer des actions de qualité. Comme le disait Vincent tout à l'heure, cela fait un an qu'il est là, il prend la mesure et on a une bonne base que sont les ASV. Et puis, il

y a des crédits, les 13 millions d'euros qui ont, comme le disait Vincent, des petites actions pour près de la moitié des 13 millions d'euros qui ne sont pas affectés à l'ingénierie des ASV, d'où les mi-temps. Ces crédits là vont passer par la Cohésion Sociale, par les Directions Régionales de Cohésion Sociale et ce sont eux qui vont continuer à financer l'ingénierie de projets, c'est-à-dire les postes de coordinateurs, etc.

Nous allons réfléchir au cadre structurant des ASV avec, ce que je montrais ce matin, l'enjeu d'une coordination locale, avec un programme transversal, l'observation locale de santé et, notamment, l'intégration des conseils locaux en santé mentale. Parce qu'on voit bien, qu'il y a des gros problèmes d'articulation, de décloisonnement. Or, on ne sait pas toujours qu'il y a, comme le dit Pauline Rhenster, cette possibilité de mobilisation des secteurs, des maires pour cette prise de conscience, au-delà de l'aspect sécuritaire, sur l'enjeu de réfléchir les problèmes de santé mentale avec la gestion urbaine de proximité, avec un certain nombre d'acteurs, bien au-delà du simple profil psychiatrique ou santé mentale avec les équipes mobiles en psychiatrie, etc...Donc, ce sont des éléments, des sujets évidemment à intégrer. Tout comme l'évaluation d'impact, nouvelle donne, que vous pouvez, dans votre évaluation régionale intégrer en posant des questions « c'est quoi l'évaluation d'impact, comment je dois mesurer tel programme, etc » ...

Il faut profiter de vous outiller et de pouvoir échanger sur ces aspects. Il s'agit de dire quels sont les contenus du nouveau volet santé des CUCS.

Vincent Cramard, chargé de mission ACSé

Deux points. Premièrement, sur les contrats locaux de santé, nous allons être vigilant à ce que les ARS ne soient pas les seules à être signataires, mais à ce que l'Etat, versus Politique de la Ville, via les Directions Régionales de la Jeunesse et des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) soient impliquées sur les territoires CUCS. Deuxièmement, un point sur la RGPP, toujours en ce qui concerne le versant politique de la ville : jusqu'à présent, seules les préfetures de départements étaient déléguées de l'ACSé et c'est par elles seules que transitaient les financements. Les préfetures de région n'étaient pas déléguées de l'agence et elles n'exerçaient qu'une fonction de répartition des crédits. En 2009, elles deviennent déléguées de l'agence et maintenant nous attendons que la RGPP se mette en marche, théoriquement au 1^{er} janvier 2010. Mais la mise en œuvre risque d'être un peu plus longue pour la mise en place effective des DRJSCS ou de leurs déclinaisons départementales comme c'est le cas pour le Rhône. A partir de ce moment là, nous disposerons d'un outil d'animation régional, voire départemental, que nous pourrons mobiliser.

Chantal Mannoni, consultante en santé publique

Oui, je voulais revenir sur les questions où on se sent quelque part démunie. Comme j'ai la chance de voyager pas mal, je constate effectivement qu'on sent cela un peu partout. Comme le disait Christine Rondel tout à l'heure, il y a des petits CUCS, des CUCS avec un petit volet santé qui peuvent se conforter, des CUCS avec un ASV, et en même temps, on l'a vu ce matin à travers ce qu'on a pu partager dans les différents ateliers, qu'il y a à la fois des expériences, des envies de partager. Ce que j'ai oublié de dire tout à l'heure dans la restitution, et ce sur quoi on tenait absolument à communiquer dans l'atelier, c'est l'enjeu d'engager des espaces de débat avec le triptyque « élus/professionnels de santé différenciés/ habitants et associations » pour cheminer justement vers ces questions, identifier comment on peut les résoudre et être force de propositions. Ce dont j'ai l'impression, c'est qu'à un moment donné, peut-être faut-il trouver une interface pour discuter, débattre. Ce n'est pas toujours facile d'expliquer à son élu quels sont les éléments réglementaires qui arrivent successivement et dont la lecture transversale, l'appropriation n'est pas

simple. Ce que je constate, c'est que souvent, il y a besoin d'un médiateur pour faciliter en fait aux coordinateurs ASV, en particulier, l'explication auprès des élus. Cela, c'est une chose. Et puis, qu'à l'inverse, les élus peuvent se saisir, par d'autres biais, de ce que signifient ces contrats locaux de santé.

J'ai l'impression qu'il y a vraiment besoin d'une interface entre élus/ acteurs, avec les pôles ressources qui existent aujourd'hui, pour décoder les termes des évolutions réglementaires actuelles, pour mettre en avant aussi ce qui se passe sur les différents territoires et les richesses dont on peut se saisir. Le besoin existe pour le cap à prendre pour être force de propositions et ne pas rester ni isolé, ni noyé effectivement dans des choses qui sont complexes à comprendre et aller de l'avant. Il y a des stratégies, il y a des éléments qui ont été proposés ce matin. Ils sont modestes mais ils viennent bien nourrir la réflexion et s'inscrivent dans une dynamique sur le plus long terme.

Donc, la question est de savoir comment créer cette interface pour que chacun comprenne les enjeux, puisse se les approprier ? Une fois de plus ce n'est pas simple, mais il faut éviter de toujours se renvoyer la balle et de dire « c'est l'Etat ou c'est les villes ». Moi, je trouve qu'au niveau local, les collectivités ont une plus-value et la région ne pourra rien faire s'il n'y a pas d'acteurs locaux. Et, en même temps, il faut éviter de tomber dans le piège d'opposer le local et le régional. L'enjeu est donc de construire cette double dynamique.

Emmanuel Ricard, délégué SFSP

La question de la culture et des rencontres culturelles a été posée dans des ateliers, dans mon souvenir dans au moins trois d'entre eux. Là, j'aurais envie de poser la question aux acteurs qui sont sur cette question là. Comment comptez-vous mettre cela en musique ou quels sont les frémissements, quelles sont les interactions qui peuvent y avoir en terme de centre ressource, de pôle de compétence et autre ?

Olivier François, directeur FRAES

Je vais remercier Isabelle qui me laisse la parole. Ce que je voudrais juste dire, c'est que, depuis ce matin, j'ai entendu des choses comme culture commune, envie de partager, médiation. Dans l'atelier où Isabelle et moi étions est ressortie la nécessité, que je comprends tout à fait, d'une explication aux acteurs locaux et régionaux, quels qu'ils soient, des nouvelles règles qu'entraîne la RGPP. J'ai envie de dire que, pour moi, c'est le rôle, cela peut être le rôle, des centres ressources. C'est-à-dire que les centres ressources régionaux, mais je ne peux pas parler au nom d'Isabelle bien évidemment, dont nous sommes les représentants aujourd'hui, peuvent jouer ce rôle. Et ce que je trouve tout particulièrement intéressant, c'est la complémentarité entre l'entrée politique de la ville et l'entrée santé.

Une des particularités du réseau que je représente, qui est la FRAES, ce sont les déclinaisons possibles de cet accompagnement à l'échelon des départements. Et je sais qu'aujourd'hui, dans un certain nombre d'entre eux (je pense au Rhône, je pense à la Loire, etc...), il y a des actions de proximité qui se font en lien avec les ASV. Ce qui pourrait être intéressant, à terme, c'est de capitaliser et de développer, sur la base de demandes, ce qui a pu être développé ailleurs.

Les prémices, j'ai envie de dire, c'est aujourd'hui. Les prémices, c'est tout le travail qui a été fait en amont qui nous a permis, et là je parle pour moi, de mieux nous connaître, d'avancer ensemble.

Enfin, je rajouterai un troisième acteur dans le paysage, c'est l'ORS parce qu'on a aussi beaucoup parlé de diagnostic et je sais qu'il y a de vrais enjeux sur les diagnostics. La réalité c'est qu'il y a aussi un Espace Régional de Santé Publique qui

permet de travailler entre trois acteurs, en l'occurrence deux acteurs que sont l'ORS et la FRAES et je pense qu'il y a des choses à développer là-dessus.

Donc, les prémices pour moi, c'est le travail qui nous a emmené aujourd'hui et puis, c'est surtout ce qui va se décliner maintenant.

Isabelle Chenevez, directrice CR-DSU

Oui, pour ma part, je voudrais rappeler que l'animation des débats et les échanges autour des questions de santé publique dans les territoires existent depuis plusieurs années. Tout ne démarre pas aujourd'hui. La FRAES est présente, ainsi que ses représentations départementales, il y a des centres ressources locaux, il y a le CR-DSU, il y a l'ORS, etc...et on est plutôt en Rhône-Alpes bien outillés, mieux outillés que dans d'autres régions. Donc qu'on s'en félicite mais surtout qu'on se dise qu'il y a probablement à prolonger et à amplifier ce mouvement là.

Pour ma part, il me semble qu'il y a quand même à distinguer différents espaces avec chacun, des objectifs propres. D'abord, il me semble important de pouvoir préserver des espaces destinés aux professionnels, et là je pense en particulier aux coordinateurs ASV avec lesquels, nous, on travaille plus particulièrement, pour qu'ils puissent être entre eux, dans un lieu tiers, dégagé des enjeux locaux et de leurs institutions, pour qu'ils puissent vider leur sac comme c'est le cas quand même parfois en ce moment...On ne l'a pas évoqué mais l'échange d'expériences et la mise en réseau sert aussi parfois à cela, il y a une fonction un peu d'exutoire. Il me semble important de pouvoir la préserver. Au-delà de cela, il y a de l'échange d'informations, il y a du soutien mutuel, il y a de la qualification. Donc, continuons cela, confortons-le avec l'appui de nos partenaires Etat et Région.

Ensuite, il y a des espaces inter acteurs, on l'a vu, je n'y reviens pas très longuement : c'est se faire croiser les élus, les institutions, les acteurs de terrain autour des nouveaux enjeux, des évolutions en cours et des possibilités pour demain. Cela, c'est probablement un deuxième champ. Pour les élus locaux, on a évoqué la question de la formation. Pour moi, c'est personnellement un thème qui me gêne un peu. Je pense que, là aussi je vais le dire sous forme de boutade, mais on ne forme pas un élu, on lui propose de rencontrer des pairs, de rencontrer des institutions, d'être sensibilisé, etc...Il y a aussi des choses qui existent dans la région de ce point de vue qui ont été cités tout à l'heure et qui demandent à être accompagnés.

Bon, voilà, il y a un train qui est en marche, il nous faut continuer. En même temps, j'ai envie de dire que je trouve qu'on est dans un climat qui est relativement insécure quant à l'évolution des politiques locales de manière générale et des politiques publiques de santé en particulier. Dans ce contexte là, je voudrais vous mettre un petit peu en alerte sur une question qui est sensible pour moi, c'est celle de la précarité relative dans laquelle se trouvent les professionnels. Cela a été dit mais je veux enfoncer le clou là-dessus. Les quelques éléments et chiffres que nous a communiqués Vincent Cramard ce matin laissent quand même un peu perplexes...

14 % de postes vacants, des professionnels qui sont recrutés sur des contrats courts, CDD, qui ne savent pas s'ils vont être reconduits ou pas, des temps partiels, des niveaux de rémunération pas toujours comme on pourrait les espérer. Et puis, je rajoute un élément que nous, on observe au quotidien, quand on suit le collectif des coordinateurs, c'est un turn over énorme des professionnels et donc l'absence de stabilité dans les territoires.

Alors comment penser le travail sur des politiques qui sont complexes quand on reste six mois, un an, deux ans dans un territoire et qu'on va voir ailleurs parce que parfois on est obligé de partir ou qu'on cherche à stabiliser un peu sa position professionnelle ? Et là je me situe sur un autre terrain qui n'est plus de celui

comment on qualifie, on informe, on échange, etc., mais comment à un niveau régional, à un moment donné, on peut être sur le terrain de l'interpellation ?

Et là c'est quand même le politique qui est questionné. Alors je ne sais plus où ils sont nos chers élus ou nos institutions... Mais comment, à un moment donné, on peut collectivement porter une parole pour dire qu'il est important pour mener des projets complexes d'avoir une ingénierie de qualité, qu'elle a un coût, qu'elle doit s'inscrire dans la durée et que il y a parfois un écart absolument abyssal entre les objectifs qu'on fixe à nos politiques publiques et les moyens qu'on met en place pour pouvoir les réaliser. Donc, je termine un peu sur un coup de gueule, mais j'aimerais aussi que dans la façon dont on pense l'animation demain, on intègre cette fonction d'interpellation des différentes institutions au niveau départemental, régional et national.

M. Voir, élu ville de Grenoble

Je partage tout à fait ce qui vient d'être dit. C'est un peu aussi ce que j'ai voulu dire tout à l'heure. J'avais en tête ce qu'avait dit tout à l'heure la personne qui rapportait sur l'atelier. Moi, peut-être que je me trompe, mais je considère que cette ingénierie là est de la responsabilité de l'Etat et que voilà, on ne l'a pas évoqué tout à l'heure, mais le GRSP cette année est en diminution en masse globale de 5%. Là aussi, on met en œuvre des choses avec un investissement important pour les promoteurs des projets, et puis on n'a pas terminé la mise en œuvre que cela s'arrête parce qu'on n'a plus les financements. Donc voilà, c'est aussi cela que j'évoquais tout à l'heure.

Emmanuel Ricard, délégué SFSP

Je ne voudrais pas que vous l'entendiez uniquement de la façon dont j'ai l'impression que vous présentez les choses, c'est-à-dire seulement en terme de transfert de responsabilité financière. Je crois que l'interpellation, elle n'est pas là. C'est un point très important mais les acteurs qui auraient pu vous répondre ne sont plus là. Donc, moi, je fais le faire dans un autre sens et je pense que cela correspond à ce que j'ai entendu dans l'atelier sur l'accès à la prévention et aux soins. J'ai entendu quelque chose de très corporatiste. Je n'ai pas entendu ce que vous avez traduit mais je le voyais en filigrane de façon importante. Je pense que la Région et les collectivités locales peuvent avoir un poids important et c'est comme cela que j'entends ce que vous dites. Aujourd'hui, on a l'impression que c'est l'Etat qui a développé ces fonctions et, grosso modo, il fait ce qu'il veut et on est sur du précaire. Je suis complètement d'accord avec votre constat. Sauf que c'est du précaire qui s'installe et qui est installé depuis longtemps.

En face, la question c'est de savoir qui va appuyer en disant que le constat, aujourd'hui, il est validé. Là, il y a besoin que les acteurs se rassemblent et disent « attendez, cette précarité, il faut qu'on en sorte ». Et là, ce ne sont pas les coordonnateurs qui sont juges et partis qui vont pouvoir monter au créneau. Ce sont les élus, ce sont les collectivités locales qui vont devoir interpellier l'Etat en disant « on fait le constat de ces fonctions d'animation, on fait le constat des besoins, c'est un constat qui a l'air partagé puisque c'est une politique de l'Etat »...Et ça, je dirais, je ne vois pas qui, à part vous, peut le dire.

La Région, en terme de compétence sur les formations a un rôle important. Car, derrière tout cela, ce qui est questionné, ce sont les logiques de métier. Et là, pour avoir travaillé sur un autre dossier qui était la question des médiateurs par rapport aux postes d'adultes relais, qui rejoint la question des autres professionnels, il y a un moment où il faut que la région nous fasse exploser le carcan dans lequel on est, où on réfléchit avec des professions statutaires dans un contexte de rareté des professionnels et dans un contexte, vous l'avez dit, de restriction budgétaire.

Donc, soit on continue à réfléchir en disant de toute façon, on ne peut pas y arriver parce que on est dans un système de quadrature du cercle, parce que on n'a pas les

financements, on n'a pas les personnels et on a des statuts bloquants ; soit on dit, on dépasse cela et on fait un chantier. Mais, je dirais, là, c'est le CNFPT, ce sont les Régions avec la compétence formation qui doivent interpeller et ce sont les collectivités locales qui doivent dire « on a des besoins ». Mais, ce ne sont pas les coordinateurs qui sont les petits soldats. Moi, je le vois ici mais je l'entends aussi partout. Et il y a un moment où il faut utiliser ces espaces là pour dire « il faut qu'on sorte de cette ineptie ». C'est le seul mot que je trouve mais il y en a peut-être d'autres.

Christine Rondel, DDASS 69

Une petite remarque du point de vue d'un représentant de l'Etat. Bon, ce qu'on a essayé de travailler, encore une fois avec une approche qui n'est pas généralisable puisque je suis technicienne, c'était plutôt l'idée de la parité où on était engagé, Etat et collectivité locale, dans le portage de postes. Alors, je vous rejoins complètement sur l'idée de la précarité. Je pensais seulement rebondir, et du coup, je pense que cela doit effectivement être porté dans les actes de cette journée régionale.

Je pensais à ce qui nous a été dit le 5 décembre dernier suite aux journées de Bordeaux, donc à Paris au Ministère de la Santé, par Mesdames Bachelot et Amara. Moi, j'étais très attentive. Parce que je crois qu'on est tous pareils, on se demande comment cela va se retraduire après. Est-ce qu'on continue ? Est-ce qu'on ne continue pas, sous quelle forme ? Bon. J'ai été frappée par deux choses. Est-ce que j'ai voulu entendre cela, je ne sais pas mais je crois qu'on le partage quand même à plusieurs.

D'une part, on n'est plus dans une phase d'expérimentation et on reconnaît le bien fondé de l'outil qu'on souhaite développer. Du coup, je trouve que c'est intéressant parce que plutôt que de se dire « qui est responsable de ce qu'on n'a pas su faire, ou comment faire, etc.. », on dit « bien voilà, on est parti d'une méthode un petit peu empirique où on s'est dit, et bien, allons-y, on va d'abord partir du terrain plutôt que de monter une grande usine à gaz. » Et maintenant, voilà, on est dans cette phase de développement.

D'autre part, il me semble que l'on reconnaissait aussi la fonction du coordinateur et d'animateur de la démarche. Alors, évidemment, si on ne reprend pas tout cela maintenant au niveau régional, et par déclinaison au niveau local, effectivement, on n'aura peut-être pas d'écho en retour.

Aujourd'hui où est-ce qu'on en est et comment effectivement cela peut-il se traduire ? La question est d'importance. Parce que vous le savez, le partenariat est fragile et en même temps, très fort. Cela me peinerait vraiment que l'on casse ce dialogue qui, je pense, s'est créé petit à petit parce qu'on est passé de cette phase d'expérimentation à une phase où on formalise un peu plus et où on introduit une parole plus institutionnelle et politique aux côtés des acteurs, des professionnels locaux et des habitants. Je me dis qu'aujourd'hui, on est à un carrefour où on pourrait vraiment trouver un nouvel élan dans la valorisation et dans le développement. Voilà et j'espère qu'on va pouvoir y aller sereinement.

Mohamed Boussouar, directeur Education Santé Loire

Moi, je voulais juste, enfin ce n'est pas une pierre que j'apporte au débat là, maintenant mais je voulais quand même le dire. Depuis l'expérience du travail que j'ai dans le cadre des ASV, moi qui travaille par ailleurs plutôt en lien avec ce qui est développé dans le cadre du GRSP et du PRSP, je me dis que là, pour quelqu'un qui travaille dans le champ de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé, on a une occasion de mettre au travail véritablement des démarches d'éducation pour la santé, de promotion de la santé, de santé communautaire et de s'inscrire

vraiment dans un projet qui n'est pas aussi facile que cela à développer dans le cadre du PRSP. Et je crois que si, véritablement, on a quelque chose à creuser, c'est dans cette perspective.

J'ai travaillé sur la transversalité tout à l'heure et je pense qu'il y a un enjeu très fort là-dessus. Je crois que si il y a des choses à jouer en terme de santé, au sens le plus québécois du terme si je puis dire, c'est bien au niveau des ASV que cela se joue plus que sur le PRSP.

Emmanuel Ricard, délégué SFSP

Sur la transversalité des acteurs, il y a effectivement une configuration qui est exceptionnelle. J'ai entendu ce matin, dans le cadre de l'atelier sur les questions de gouvernance, que ce n'est pas forcément facile de partager le jeu entre l'élu à la politique de la ville, l'élu à la santé et puis d'autres. Mais on voit bien que c'est un des endroits où on a une chance de les mettre autour de la table. Et de partager que ces contributions sur la sécurité, parce qu'il y a des approches qui sont de la santé mais qui se voient par la sécurité, sur l'aménagement, etc., ont une plus-value sur la santé au final. Aussi, il s'agit qu'il n'y en ait pas qu'un qui récupère la mise mais que chacun puisse avoir l'impression qu'il brille un peu. Et cela participe de la participation, qui a été mis au centre des ASV. Ce n'est pas traditionnellement l'approche qu'on a des professionnels de santé. Structurellement, ils ont été construits autrement. Là, il y a des enjeux forts. Pour la question d'une culture, il y a des opportunités qui se posent de façon très différente.

Olivier François, directeur FRAES

Quelques points de réflexion par rapport à ce qui vient d'être dit de manière globale. Effectivement, l'articulation entre les différents types d'élus et d'autres pose la question, elle a déjà été posée mais elle est essentielle, de l'interface. Qui peut jouer ce rôle d'interface ? Et moi, je proclame que les centres ressources peuvent aider à créer cela et je pense que cela peut être un de leur rôle avec une double articulation local/régional à condition que nous soyons bien tous convaincus, je n'ai pas de doute mais c'est toujours mieux en le disant, qu'on ne peut combattre les inégalités de santé que s'il y a ce double mouvement local/régional.

La deuxième chose, l'insécurité mentionnée, l'impression que j'ai, ce n'est pas pour plomber l'atmosphère, c'est qu'elle est quand même générale. Elle est vraie par rapport aux ASV mais elle est vraie de manière plus globale. Ce n'est pas politiquement correct mais il y a une réforme qui n'est pas encore finie qu'il y en a déjà une autre qui commence. On est tous un tourbillon dans lequel on ne sait plus trop comment se retrouver.

Par rapport à cette insécurité, je vois au moins deux éléments qui peuvent aider à lutter contre la tornade blanche, c'est d'une part l'information, la communication entre les gens et d'autre part, le regroupement. Si on continue tous à aller au charbon chacun de notre côté, je pense que pour le coup, cela ne mènera à rien. Je souscris totalement aux propos d'Isabelle Chenevez sur la question de l'interpellation, sur le rôle politique à un moment qu'on doit mettre sur la table. C'est bien beau d'avoir une approche technique mais à un moment, l'approche technique est insuffisante et il faut porter ces questions là au niveau politique. Mais je pense aussi qu'on ne pourra les porter que si on avance, non pas en ordre serré, ce n'est pas l'objectif mais en tout cas, en ayant travaillé en amont, entre acteurs clefs, ces questions là. De la même manière que si on y arrive en ordre dispersé, je vais me répéter, on n'a aucune chance face à des enjeux qui sont des enjeux, je vais employer un terme un peu fort, existentiels.

Participant

Oui, je voulais juste rajouter quelque chose par rapport au secteur associatif dans le champ de la santé. Certes, il y a de la précarité du côté des ASV, certes il y a des inquiétudes, mais je sens qu'il y a beaucoup, beaucoup d'inquiétudes pour le secteur associatif. Il ne faudrait pas qu'un clou chasse l'autre. Il y avait des partenaires sur le terrain, implantés, avec un travail de qualité et demain, comment ils feront, je ne sais pas. Et cela, je pense que c'est intéressant qu'on ne l'oublie pas dans le paysage. Parce que mutualiser, recentrer, mettre ensemble sont quand même les mots d'ordre. Or moi, je sens un secteur associatif sur le terrain très en difficulté, avec des moyens qui se réduisent, la précarité dans les emplois, des gens qui n'arrivent pas à renouveler des contrats. Je pense que c'est important de le rappeler. Même ceux qui sont organisés en réseau ou en regroupements régionaux ont de grandes difficultés et quand même sur le terrain, ce sont eux qui agissent beaucoup. C'est bien de coordonner mais il faut qu'il y ait des gens qui soient en capacité d'agir aussi. Aujourd'hui, bon ce n'est pas pour plomber l'ambiance, je voudrais qu'on ne les oublie pas parce que s'il n'y a personne sur le terrain, cela va être un peu compliqué.

Dominique Lagabriele, médecin généraliste

Moi, j'entends tout ça depuis ma fonction de médecin généraliste et formateur au sein d'une association qui délivre des formations pour des médecins généralistes et est responsable d'un projet de développement de formations pour lutter contre les inégalités sociales de santé.

Au nom des généralistes que je connais et avec lesquels je travaille, il y a plusieurs opportunités que nous jugeons un peu favorables dans les perspectives à venir, à très court terme avec la loi HPST. Comme la responsabilité sous une seule tutelle pour la ville et l'hôpital. On n'en a pas parlé jusque là mais je pense que c'est intéressant. Outre le fait que les ARS vont être responsables de la production de soins, de la prévention, de l'accompagnement santé, de l'éducation pour la santé et de la démarche éducative proche du terrain, le fait de décloisonner la ville et l'hôpital risque de créer des opportunités d'optimisation des dépenses. Et nous, on voit cela d'un bon œil. Pas tous les médecins généralistes. Il y a ceux qui craignent que le cadre libéral en fait soit délité : vous avez des médecins qui se sont mis en opposition franche à la mise en place de cette loi au titre de défense du statut libéral. Mais ils ne sont pas tous là. Il y a aussi un certain nombre de médecins conscients de leur rôle en terme de santé publique qui disent, enfin, on a un pilote.

Deuxième point qui est intéressant dans cette loi, c'est que le rôle du médecin généraliste est enfin défini de manière claire. Il n'y avait pas encore de texte légal en France qui disait qui doit faire quoi en termes de soins de santé primaires pour les populations. Aujourd'hui, il est défini clairement que le médecin généraliste est responsable de la production de soins primaires. Cela n'existait pas jusque là.

Donc, cela fait deux choses qui sont favorables. Je re-souligne le fait qu'on ait pu clairement identifié un responsable de la démarche éducative qui soit au même titre que la production de soins biotechnologiques de pointe. Et je crois qu'il y a des perspectives intéressantes dans ce domaine.

Emmanuel Ricard, délégué SFSP

On va clore cette journée puisqu'il est l'heure. Je vais donc repasser la parole à Olivier François. Je vais vous remercier pour votre participation et remercier les orateurs de cette dernière session.

Olivier François, directeur FRAES

Merci Emmanuel. Juste quelques mots de conclusion. D'abord comme diraient les anglais « and so what ? », qu'est-ce qui se passe ensuite ? La suite, c'est assez rapidement, le 10 juillet prochain, une réunion du copil avec des élus, les centres ressources, des acteurs institutionnels locaux, départementaux, régionaux. L'idée, c'est de reprendre les conclusions d'aujourd'hui et par rapport aux perspectives qui ont été dégagées, de définir ce qu'on peut essayer de mettre en place, dans un délai assez court puisqu'il y aura une réunion de bilan national en décembre prochain, avec espérons le à ce moment là des décisions et pour être très concret des décisions en terme financier qui permettront de continuer la démarche.

Le deuxième point, juste redire, ce qui a déjà été dit, mais cela me paraît important d'insister là-dessus, que ce temps de mobilisation et d'animation aujourd'hui en Rhône-Alpes n'est bien évidemment pas une fin en soi, cela s'inscrit dans une continuité. Isabelle l'a rappelé, il y a des choses qui se sont faites et qui se font toujours et qui vont continuer de se faire. Mais, j'ai envie de dire que c'est quelque chose qui nous appartient. C'est-à-dire que, si je devais être très binaire aujourd'hui, je constate un besoin réaffirmé d'échanges, d'animation sur la base de ce qui se fait au niveau local, et je partage tout à fait votre avis sur la précarité des acteurs locaux et l'enjeu pour coordonner d'avoir des acteurs. Mais je perçois aussi une vraie opportunité à saisir. Si ces temps de changement sont source d'inquiétudes, ils peuvent être aussi source positive. J'insiste sur le fait que c'est à nous tous ici qu'il appartient d'en faire quelque chose, nous tous, ici, à notre niveau, en dépassant les corporatismes.

La troisième chose, c'est tout simplement adresser quelques remerciements. D'une part aux intervenants, ce matin et cet après midi, à vous participants d'avoir joué le jeu des échanges et d'avoir relevé les défis qui vous ont été proposés durant cette journée et puis trois remerciements particuliers. D'autre part aux animateurs et aux rapporteurs et je sais combien la tâche n'a pas été facile. Je voudrais remercier aussi les membres du groupe de travail. Une journée comme celle-là ne se fait pas du jour au lendemain. Il y a eu un vrai travail derrière et j'ai l'impression que la qualité des débats est issue de ce travail et je voudrais, en votre nom, les remercier. Et puis, last but not least, ce que j'appelle les petites mains et je le dis de manière pas du tout péjorative mais je pense à tous ces gens qui font que nos débats sont fluides et qu'on peut en profiter au maximum. Donc, merci à eux, qui se reconnaîtront.

Je vous souhaite un bon retour. Merci infiniment, bonne journée et à bientôt.

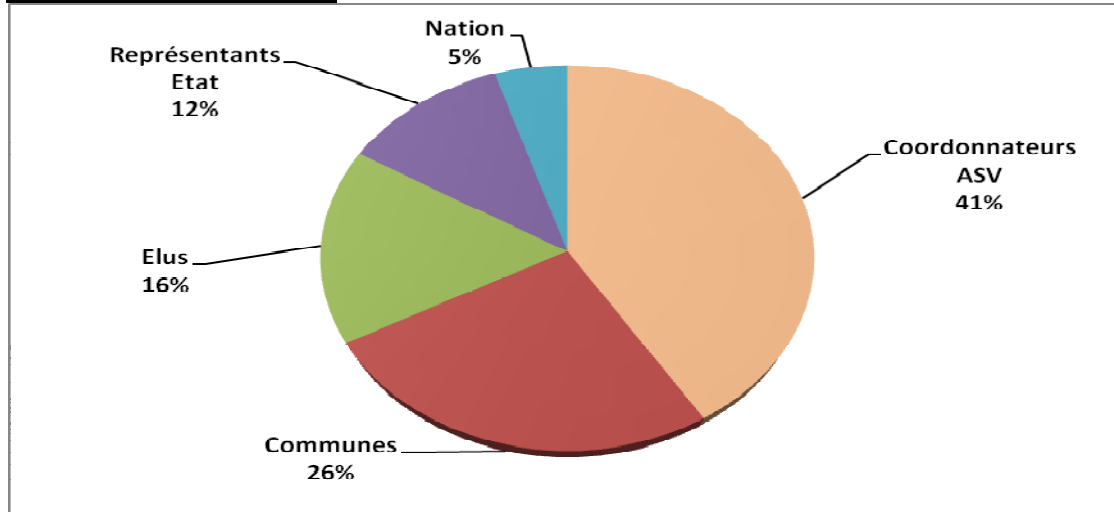


ANNEXES



Annexe 1 - Liste des participants

Profil des participants

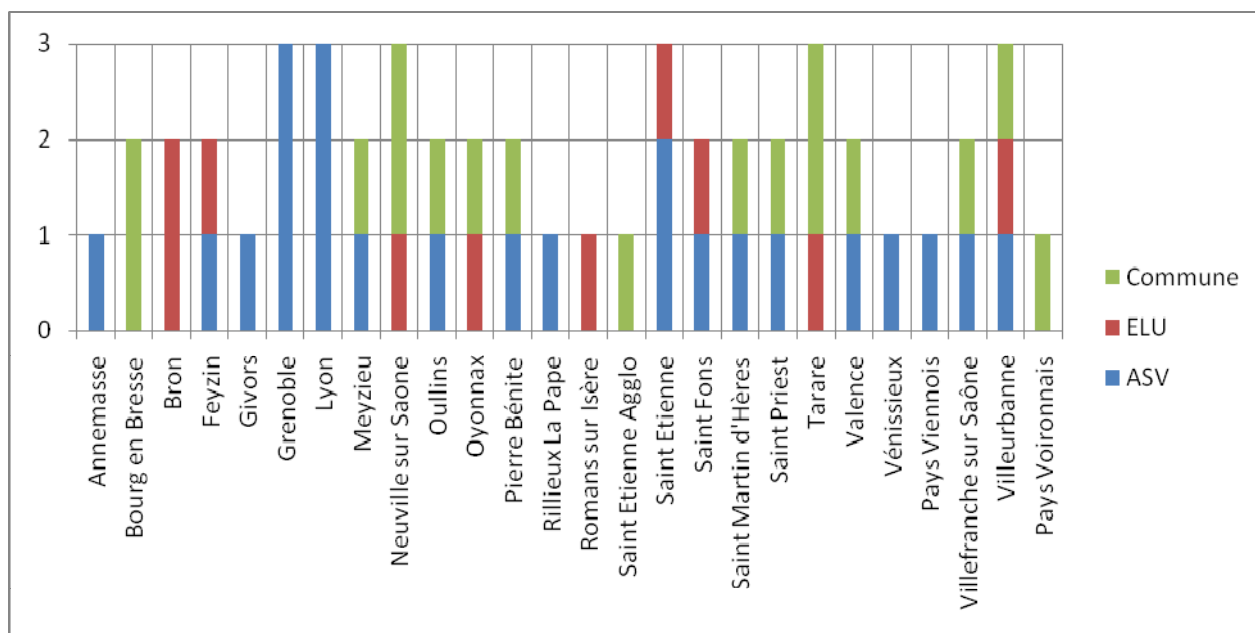


Les communes représentées

28 communes représentées (28 sur 36...soit 77%)

Annemasse
Bourg-en-Bresse
Bourgoin-Jallieu
Bron
Feyzin
Givors
Grenoble
Lyon
Meyzieu
Neuville-sur-Saone
Oullins
Oyonnax
Pays Viennois
Pays Voironnais
Pierre-Bénite
Rillieux-La-Pape
Romans-sur-Isère
Saint Etienne Agglomération
Saint-Etienne
Saint Fons
Saint-Martin-d'Hères
Saint-Priest
Tarare
Valence
Vaux-en-Velin
Vénissieux
Villefranche-sur-Saône
Villeurbanne

Profil des participants par commune



Répartition par ateliers (47 inscrits)

➤ Méthodologie

Choix :

- Répartition sur la base des choix réalisés par les inscrits (pas de personne inscrite dans un atelier non sélectionné)
- Souci de répartition fonctionnelle et géographique (mixe élu/coordo/cucs/Etat..)
- Répartition sur la base des choix réalisés par les inscrits (pas de personne inscrite dans un atelier non sélectionné)
- Identification première sur la base choix prioritaire 1 avec équilibrage sur la base des choix 2 et 3

1^{er} tri à plat base excel

Résultats 1^{er} tri à plat :

Atelier	Choix 1	Choix 1 + 2 + 3	Nbre journée
Atelier 1 (Populations)	5	24	8
Atelier 2 (Conduites à risques)	3	11	4
Atelier 3 (santé mentale)	2	12	10
Atelier 4 (Transversalité)	9	16	7
Atelier 5 (Gouvernance)	5	17	7
Atelier 6 (Observation locale)	8	19	6
Atelier 7 (Professions santé)	5	16	7
Atelier 8 (Recours prévention et soin)	8	22	5

Sur la base d'une première exploitation, 2 ateliers sont apparus faiblement choisis :

- atelier 2 : prévention et exemple des conduites à risque (2 participants)
- atelier 3 : santé mentale (3 participants)

On constate que certains ateliers n'ont pas retrouvé leurs membres initialement présents...d'où un certain déséquilibre entre les ateliers.

ANNEXE 2 DOCUMENTS PRESENTES DANS LE CADRE DES STANDS DE L'ESPACE ASV ANIME PAR LE CR-DSU

Attention : Cette liste ne présente qu'un échantillon des multiples documents mis en consultation dans le cadre de l'espace ASV.

Pierre-Bénite

- ✓ Diffusion : Rencontres santé du Pierre-Bénite.
- ✓ Revues de presse

Meyzieu

- ✓ Diffusion : « Il était une fois les familles » (parentalité) et « Epode » (prévention de l'obésité)

Lyon

- ✓ Programme de la journée santé « Santé et bien-être » sur les Pentes, plaquette « accès aux soins en santé mentale », guide réseau de partenaires auprès des mères isolées.

Bron

- ✓ Guide d'accès aux soins « votre santé au quotidien », plaquettes de l'ASV

Villefranche-sur-Saône

- ✓ Diffusion : « Accès aux bilans de santé à Villefranche-sur-Saône », « L'équilibre alimentaire ».

Saint Etienne

- ✓ Diffusion : « Formation des acteurs associatifs »
- ✓ Affiche : « La prise en charge des enfants en surpoids »
- ✓ Questionnaires à destination des professionnels de santé

Villeurbanne

- ✓ Affiches de présentation de l'ASV et de ses actions

Grenoble

- ✓ Affiche de présentation de l'ASV

Valence

- ✓ Diagnostic, bilan d'activité, affiche et plaquettes de l'ASV, dossier « Ma famille, mon quartier, ma santé ».

Saint Priest :

- ✓ Affiche de présentation de l'ASV

... et d'autres documents présentés par les ASV d'Annemasse, Feyzin, Saint Fons, Vénissieux...

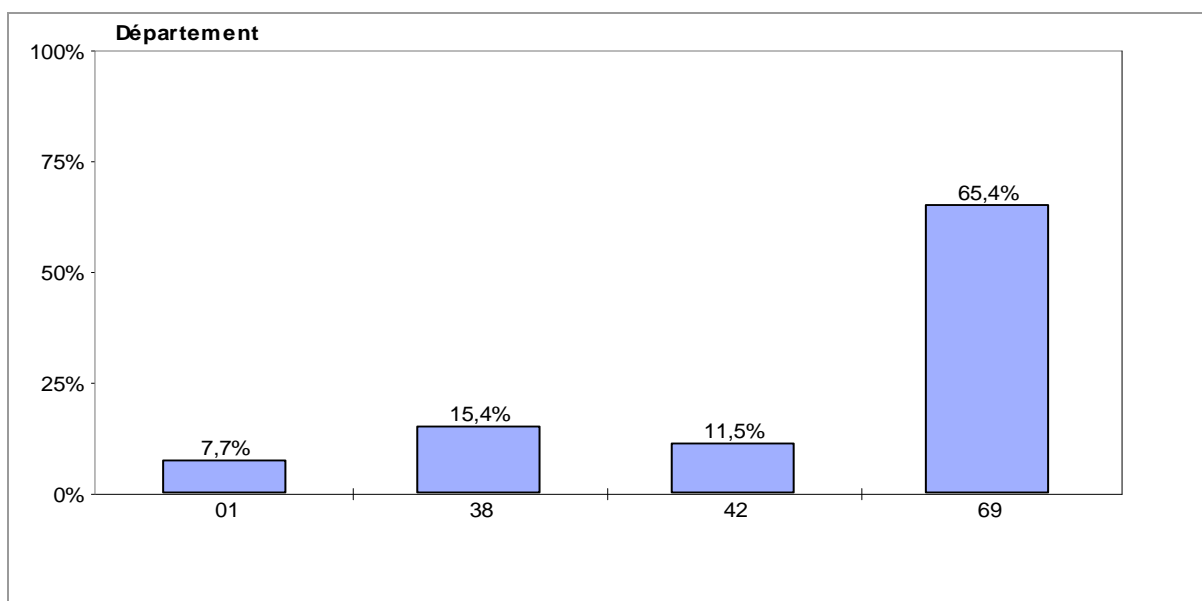


L'ESPACE ASV

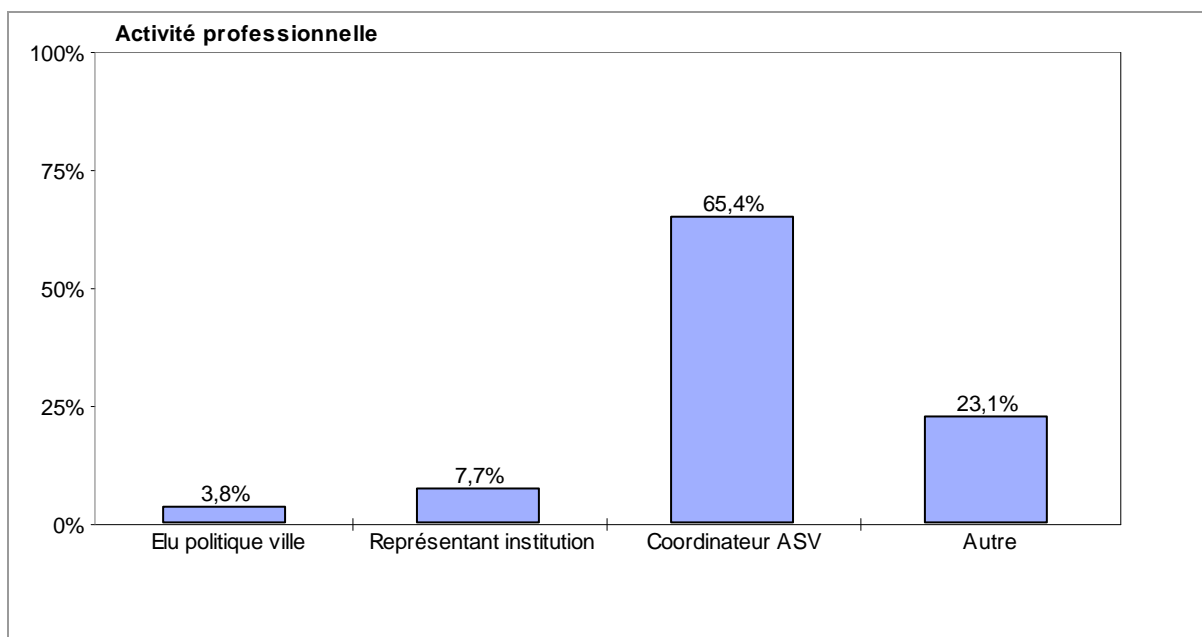
ANNEXE 3 EVALUATION JOURNEE ASV 25 JUN 2009

26 questionnaires d'évaluation ont été recueillis au terme de la journée.
Les données sont présentées avec des pourcentages qui sont bien-sûr, en raison du faible effectif, à prendre avec d'extrêmes précautions.

Département



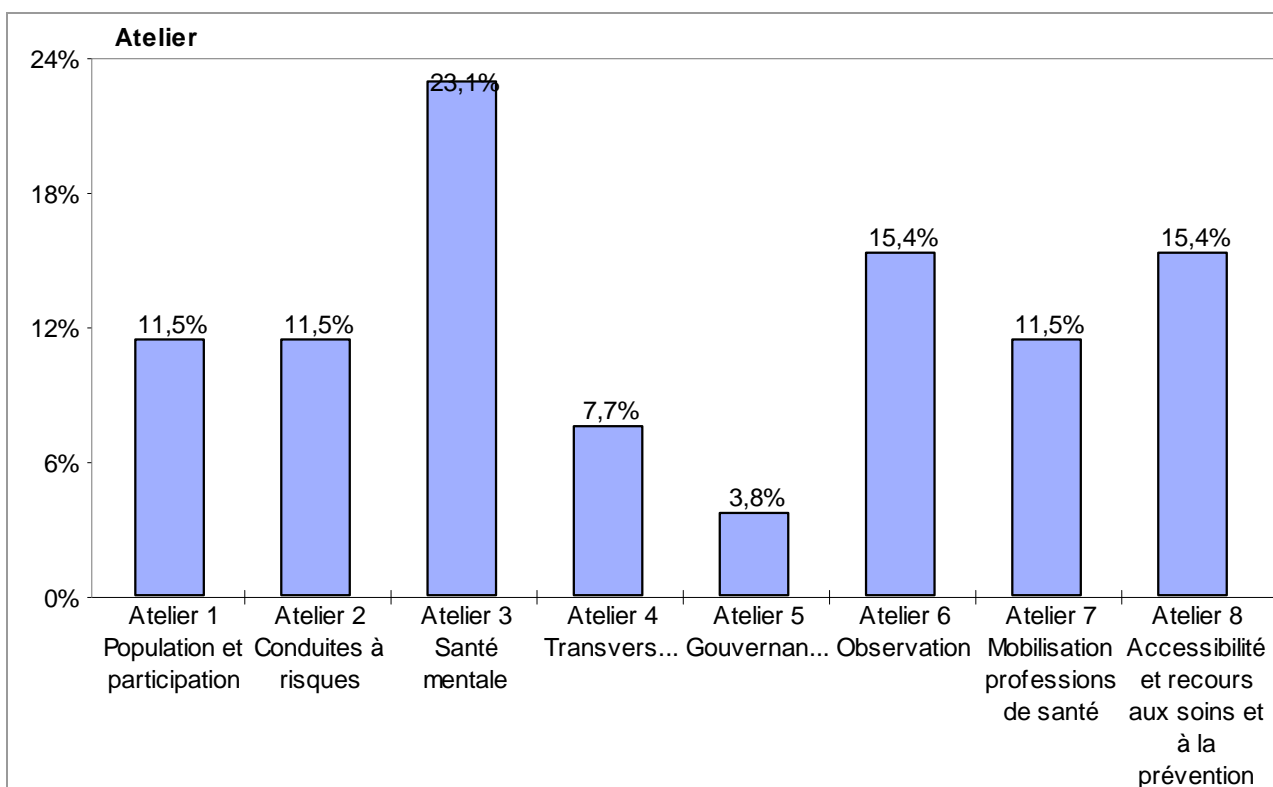
Activité professionnelle



Les répondants sont en majorité des coordinateurs ASV.

Atelier

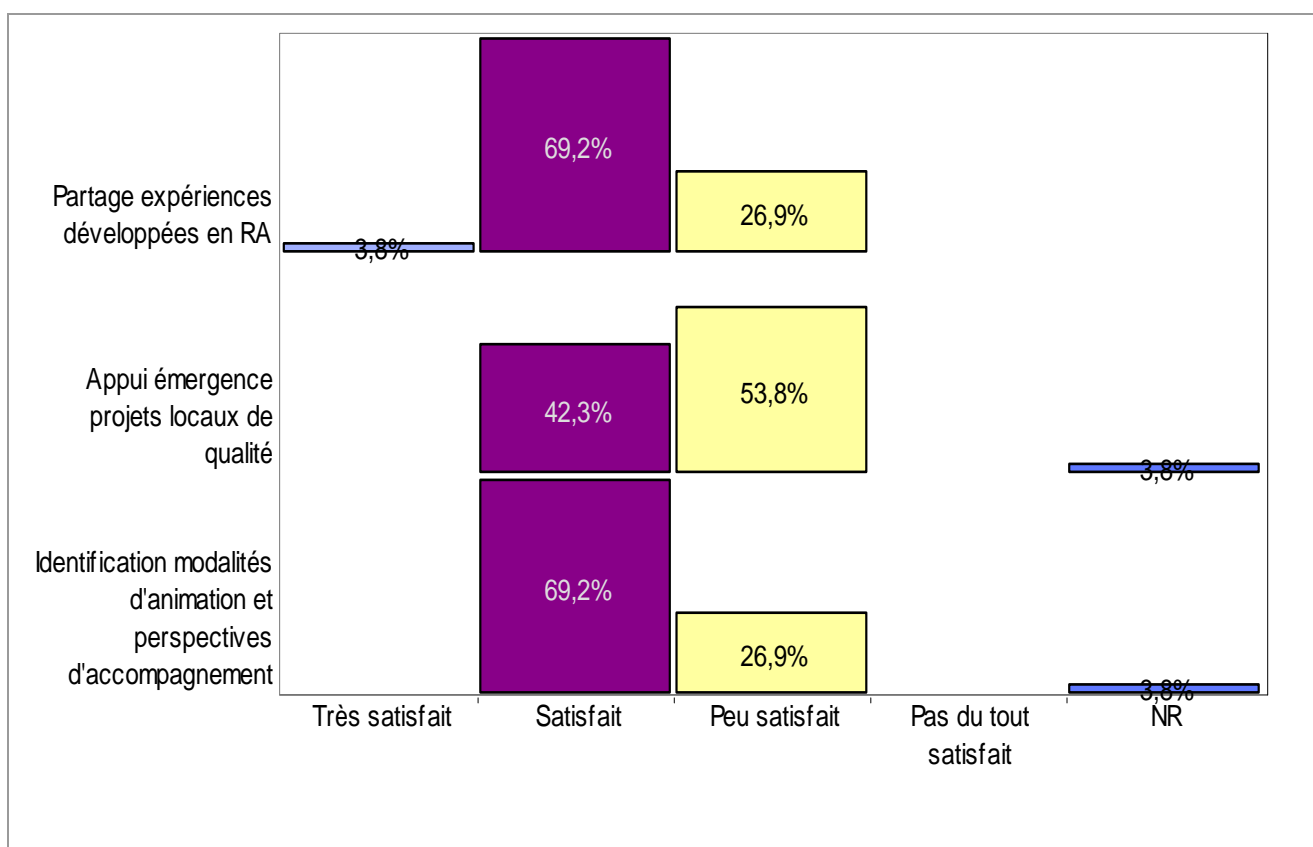
	Effectifs
Atelier 1 Population et participation	3
Atelier 2 Conduites à risques	3
Atelier 3 Santé mentale	6
Atelier 4 Transversalité	2
Atelier 5 Gouvernance	1
Atelier 6 Observation	4
Atelier 7 Mobilisation professions de santé	3
Atelier 8 Accessibilité et recours aux soins et à la prévention	4
Total	26



Les répondants au questionnaire d'évaluation proviennent à part relativement égale des différents ateliers, à l'exception des participants aux ateliers sur la gouvernance et la transversalité, peu représentés.

Appréciation des objectifs de la journée

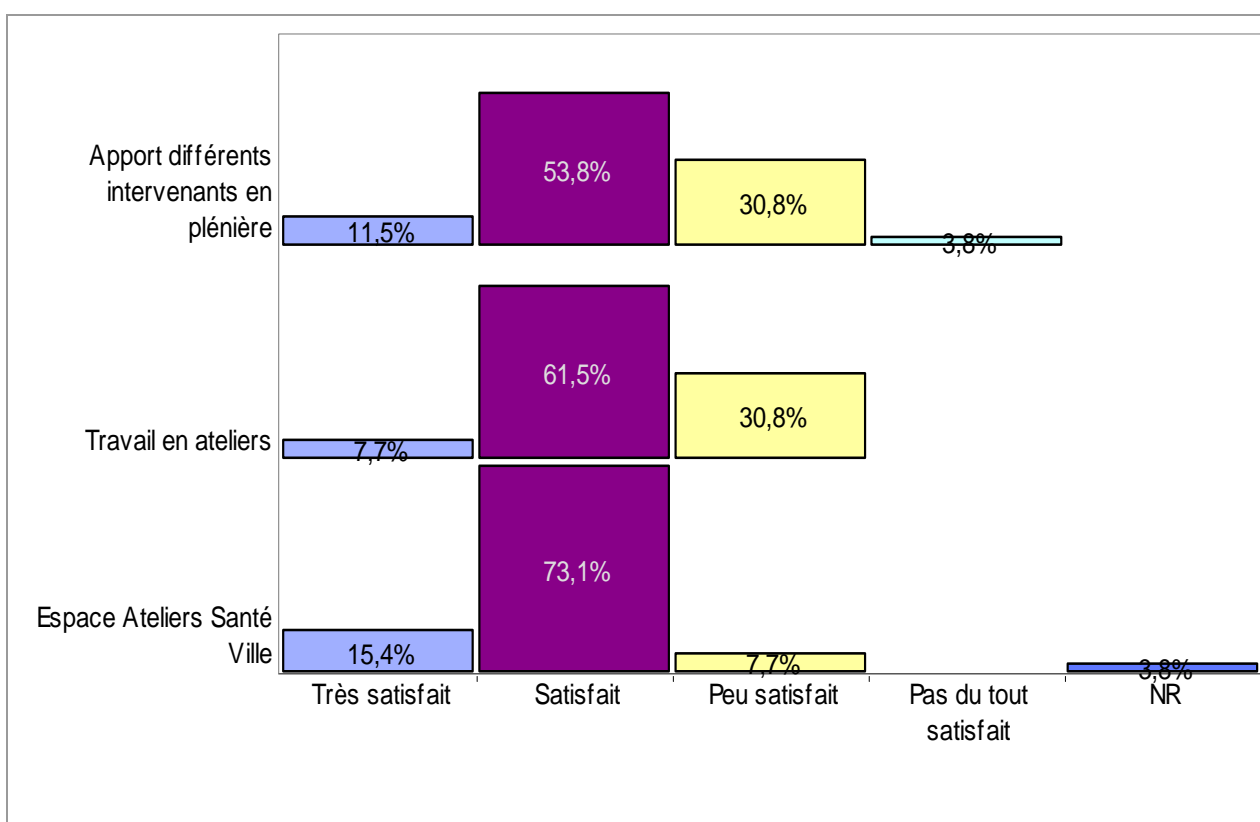
	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	NR	Total
Partage expériences développées en RA	1	18	7			26
Appui émergence projets locaux de qualité		11	14		1	26
Identification modalités d'animation et perspectives d'accompagnement		18	7		1	26
Total	1	47	28		2	78



L'échange d'expériences et l'identification de modalités d'animation, de perspectives d'accompagnement en région a été globalement apprécié par les répondants. Une moindre satisfaction est exprimée autour de l'appui à l'émergence de projets locaux de qualité, ceci ne pouvant être réalisé que dans le cadre d'un accompagnement méthodologique.

Appréciation contenu journée

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	NR	Total
Apport différents intervenants en plénière	3	14	8	1		26
Travail en ateliers	2	16	8			26
Espace Ateliers Santé Ville	4	19	2		1	26
Total	9	49	18	1	1	78

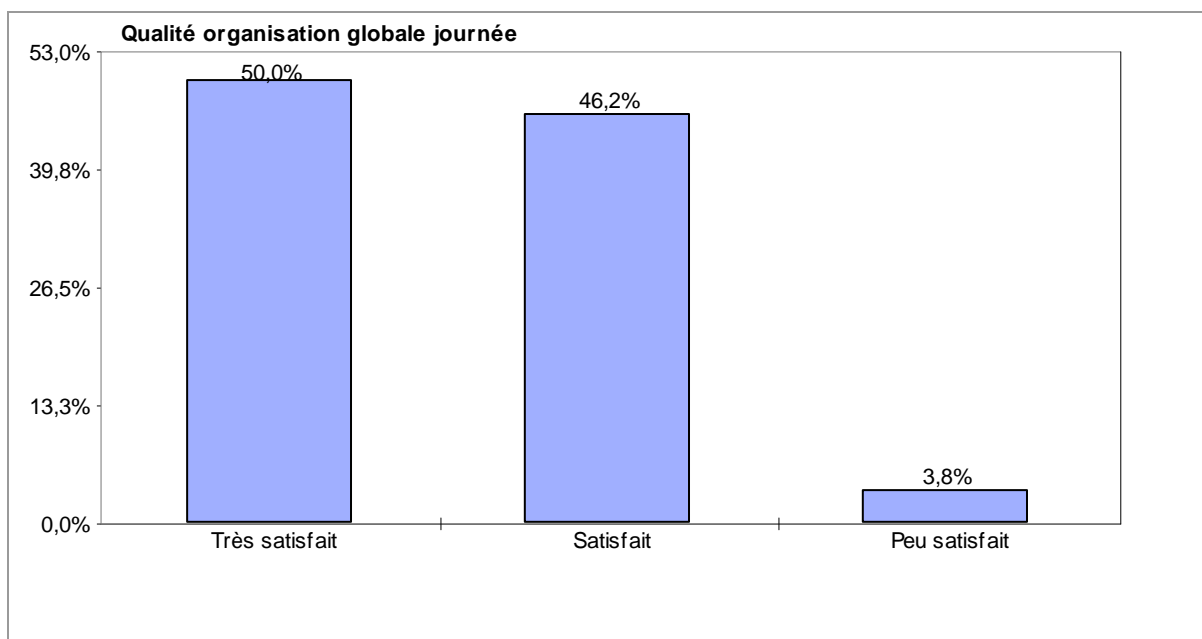


Les personnes ayant répondu au questionnaire sont en grande majorité satisfaites ou très satisfaites de la journée : trois quart d'entre eux ont apprécié cette journée.

Organisation journée

Qualité organisation globale journée

	Effectifs
Très satisfait	13
Satisfait	12
Peu satisfait	1
Total	26



Appropriation journée

22 répondants

POUVEZ-VOUS PRECISER EN QUOI CETTE JOURNEE VOUS SERA UTILE POUR VOTRE PRATIQUE PROFESSIONNELLE ?

Echange et partage d'expériences

- Partage d'expériences avec d'autres ASV ;
- Echanges intéressants lors des ateliers avec possibilité de donner son avis ou de questionner ;
- Partage d'expériences : idées pour le développement d'actions, pour la formulation de stratégies, pour acquérir des outils ;
- Idées de nouveaux projets à mettre en place ;
- Simplement utile par rapport à la formation dans laquelle je suis engagé. En tant que stagiaire, je participe à l'élaboration d'un diagnostic santé donc cela m'aide à prendre un certain recul d'analyse concernant ma tâche ;
- Expérience d'ASV à réfléchir sur mon territoire ;
- La rencontre de certains professionnels que je vais solliciter sur leur expérience ;
- Espace ASV : temps ++ de croisement des expériences (mais idem lors du collectif Cr-DSU) ;
- Avoir un recueil d'actions (documents de l'espace ASV).

Pistes de travail sur CLS et ASV

- Orientation avec CLS et ARS ;
- Apport d'éléments nouveaux : intervention de C. Richard sur le cadre des CLS et proposition de pistes de travail sur la région ;
- Meilleure compréhension du système et des ASV étant en poste seulement depuis 3 mois ;
- Cette journée a permis de mieux cerner les enjeux et la problématique des Comités Locaux de Santé et le rapport ARS/ASV ;
- Elaboration d'un contrat local de santé ;
- Arrivée depuis peu dans ses fonctions, cette journée participe à ma compréhension des enjeux globaux des ASV ;
- Temps d'échange utile avec élus et Etat, notamment sur CLS ;
- En phase de réflexion technique et politique pour la création d'un ASV intercommunal, le forum est l'occasion de nourrir notre réflexion via des échanges d'expériences et la formulation de stratégies et perspectives pour l'avenir ;
- Approfondissement dans l'atelier qui donne de bonnes pistes de travail ;
- Conseils sous forme de forces et faiblesses.

Prise de contacts

- Interconnaissance et développement partenariat ;
- Connaissance de différents acteurs/partenaires du territoire ;
- Contacts intéressants ;
- Contacts pour les projets à venir ;
- Contacts avec des partenaires nouveaux institutionnels diversifiés +++ ;
- Renforcement des liens existants.

Mobilisation des élus

- A permis de mobiliser les élus sur l'ASV et plus globalement sur la question de la santé dans leur ville ;
- Briefing de l'élu pour interpellier le préfet sur certaines problématique ;
- Point positif : présence de mon élu ;
- Etre un point d'appui pour les politiques malgré leur faible nombre.

DANS QUELLE(S) DIRECTION(S) SOUHAITERIEZ VOUS UNE CONTINUITÉ A CETTE JOURNÉE ?

Souhait de rencontres autour des CLS

- En tant que coordonnatrice, je me sens dépassée par rapport aux nouvelles lois et au rôle des différentes agences. Comment lancer l'écriture des contrats locaux dans ma ville, notamment par rapport à une mission + terrain jusqu'à ce jour ?
- Contenu plus concret : travail sur CLS, ... ;
- Rencontre chefs de projets CUCS/Coordinateurs/Etat pour explication de la nouvelle organisation ARS/Cohésion sociale ;
- Avoir une rencontre organisée par la Drass/sgar et les coordinateurs santé sur la mise en place des contrats locaux de santé ;
- Poursuite accompagnement pour la mise en œuvre des CLS ;
- Au niveau local, organisation de temps de rencontre autour des CLS : interface en effet nécessaire ;
- Conférence sur les modalités de fonctionnement des ARS.

Souhait de rencontres régulières et de sensibilisation des élus

- Organisation annuelle d'une journée régionale pour faire un bilan de l'année et voir l'actualité nationale et locale sur la santé publique ;
- Rencontre annuelle de ce type ;
- Journée rencontre entre élus ;
- Sensibilisation des élus.

Confirmation enjeu dynamique d'animation en région : échanges expériences (cr-dsu), formations sur thématiques spécifiques

- Continuité de l'animation régionale du collectif des coordonnateurs ASV par le Cr-DSU ;
- Espace pour les professionnels renforcé et légitimé (collectif régional) pour interpellier et formuler ensemble des propositions de contenu des CLS ;
- Information à faire aux coordinateurs ASV dans le cadre du collectif organisé par le Cr-DSu : CLS, Loi HSPT, Santé mentale ;
- Consolidation de la formation et de l'accompagnement dans la coordination ASV ;
- Développement du collectif régional des coordinateurs ASV animé par le cr-dsu ;
- Poursuite des pistes de travail définies en terme d'animation à l'échelle régionale (mutualisation, formation, ..) ;
- Poursuite dynamique engagée ;
- Echange d'expériences sur des thématiques pré-établies ;
- Formations prévues 2^{ème} semestre 2009 ;
- Cas concrets de démarrage d'ASV ;
- Parcours financier ;
- Liaison avec les médecins généralistes et autres professionnels de santé ;
- Formation commune associant acteurs projets locaux de santé (dont asv) et médecins généralistes autour du montage de projet ;s
- Echanges d'expériences pour un retour d'informations sur les outils adaptés ;
- Avoir des pistes d'accompagnement de la dynamique au niveau régional sur les aspects cités en atelier (participation à atelier sur observation locale) ;
- Travail sur l'aide que l'on peut obtenir au niveau des ASv (ressources méthodologiques, échanges, ..) ;
- Actions de formation ;
- Animation en région (appui méthodologique, formations) autour de thématiques spécifiques : construction/écriture des CLS ; Participation des habitants ; observation locale de santé publique ;
- Petits groupes de travail, de réflexion.

Des actes attendus

- Actes de la journée qui permettent localement de faire avancer les projets à partir des propositions faites ;
- Avoir les power point de la séance plénière dans la synthèse de la journée.

Vous pouvez aussi nous faire part d'autres remarques que ce questionnaire ne vous aurait pas permis d'exprimer

Des appréciations

- Journée très riche et très dense ;
- Lieu magnifique !
- Journée intéressante dans son ensemble. Je pense ne pas en avoir tiré profit à 100% en raison de mon arrivée sur le poste très récente. Il me reste encore des choses à assimiler mais cette journée y a bien contribué. Merci !

Des regrets

- Journée un peu trop dense ;
- Attention à respecter le timing et à avoir une amplitude horaire moins importante ;
- Le temps de retour sur les ateliers a été trop rapide ;
- Les coordonnateurs ASV sont déconnectés du débat final : non présents en table ronde, aucun pouvoir politique, ... ;
- Quel impact aussi quand si peu d'élus présents et autres partenaires de terrain (responsables politique de la ville, chefs de service développement des territoires, responsables services prévention de la délinquance, etc..) : mobilisation plus spécifique de l'ensemble des acteurs régionaux (présents un peu + à Bordeaux) ;
- Dommage qu'il n'y ait pas eu de mobilisation plus importante d'élus locaux.



FRAES

Fédération Rhône-Alpes d'Education pour la Santé
Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida

9 quai Jean Moulin - 69001 Lyon
Tél. : 04 72 00 55 70 - Fax : 04 72 00 07 53
E-mail : contact@education-sante-ra.org

www.education-sante-ra.org