



# Les champs d'intervention des collectivités territoriales

**Il existe plusieurs outils qui permettent aux collectivités territoriales d'intervenir dans le champ de la santé, dont les ateliers santé ville créés au sein de la politique de la ville. Des contrats locaux de santé peuvent être conclus entre les ARS et les collectivités territoriales pour mettre en place des projets de santé publique ou encore des maisons de santé.**

## Les ateliers santé ville

**Catherine Richard**  
Chargée de mission promotion de la santé à la DRJSCS IDF, anciennement chargée de mission santé à la DIV puis SG-CIV de novembre 2008 à novembre 2010

*Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 66.*

**C**e que la politique de la ville a apporté dans le domaine de la santé par la mise en place des ateliers santé ville (ASV) est incontestablement une avancée pour les deux politiques. Elle a, en effet, introduit une nouvelle forme d'intervention en santé de proximité, sur des territoires infra-communaux, et a recherché les bénéfices d'un copilotage entre l'État et les collectivités à toutes les échelles territoriales.

### **Une conception de la santé publique au service des politiques locales de santé pour la réduction des inégalités sociales et territoriales**

Le point de départ de la création des ASV est une combinaison de plusieurs opportunités : la première vient de la volonté politique du gouvernement d'introduire le thème de la santé dans les nouveaux contrats de ville 2000-2006 ; la deuxième est le programme d'accès à la prévention et aux soins pour les publics démunis (Praps), seul volet santé de la loi relative à la lutte contre les exclusions de juillet 1998 (LCE) ; la troisième est liée aux fondements de la politique de la ville : le contrat entre les collectivités locales et l'État, la réduction des inégalités sociales et des écarts entre territoires (habitants des quartiers populaires) et l'incontournable concertation interministérielle.

Le Comité interministériel des villes (CIV), instance de décision des mesures sous l'autorité du Premier ministre avec le ministre en charge de la Politique de la ville, décide de la mise en œuvre des ASV en décembre 1999. Il était question de faire converger les trois politiques : la santé, les affaires sociales et la ville sur le volet santé des contrats de ville. Un cahier des charges définissant le cadre, volontairement souple mais structurant, et les missions des ASV par la circulaire du 13 juin 2000 précise les modalités de mise en œuvre du volet santé des contrats de ville.

Un an après, suite à l'interpellation par des médecins libéraux des quartiers de la politique de la ville, viendront des travaux sur « l'amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé libéraux dans les quartiers de la politique de la ville » en 2001 [47]. Ils aboutiront à une mesure du Comité interministériel des villes en octobre 2001, dans le but de rompre l'isolement des professionnels libéraux et de combler le déficit en professionnels médicaux et paramédicaux dans les quartiers. L'exercice regroupé des professionnels de santé par la création de « maisons de santé », les études sur la faisabilité de ces structures et leur projet, et sur les besoins démographiques en professionnels de santé,

nous les retrouverons plus tard dans la loi du 1<sup>er</sup> août 2003<sup>1</sup> et jusqu'à aujourd'hui.

À cette période, impulser un nouveau cadre opérationnel sur ce thème relevait du défi. Il demandait d'introduire la concertation entre les institutions, les élus et les acteurs locaux. Le territoire étant l'espace fédérateur pour comprendre les enjeux locaux de santé avec l'ensemble des acteurs et des ressources en place, interroger les motivations et argumenter telle ou telle action demandait de mobiliser et de mettre à disposition, pour les promoteurs de projets, des données très souvent indisponibles. Données pourtant indispensables, notamment pour atteindre les objectifs assignés aux ASV, à savoir :

- identifier au niveau local les besoins spécifiques des publics en difficulté et les déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie ;
- faciliter la mobilisation et la coordination des différents intervenants par la création et le soutien à des réseaux médico-sociaux ;
- diversifier les moyens d'intervention en fonction de l'analyse des besoins par site ;
- rendre effectif l'accès aux services publics sanitaires et sociaux de droit commun ;
- développer, d'une part, la participation active de la population à toutes les phases des programmes (diagnostic, définition de priorités, programmation, mise en œuvre et évaluation) et, d'autre part, la concertation avec les professionnels et les différentes institutions du secteur sanitaire et social concernés par ces programmes.

Le terme de « démarche » pour les ASV, comme pour les contrats locaux de santé aujourd'hui, signifie l'engagement d'un processus basé sur la connaissance [17] des besoins de santé des habitants des quartiers, avec deux approches : épidémiologique et populationnelle. Cette connaissance est pluridisciplinaire par l'apport des sciences humaines et sociales. La programmation réalisée par les ASV donne lieu à un plan local de santé d'une ou plusieurs communes et devient le support d'une « politique locale de santé publique » [48].

Un nouveau chantier, rendu possible par la politique de la ville, s'ouvrait alors, permettant d'outiller les collectivités locales avec de nouvelles compétences, avec, d'une part, l'emploi d'une ingénierie de projet en santé publique et, d'autre part, l'adéquation des projets de territoire basés sur le diagnostic des besoins de santé. Diagnostic partagé qui est l'exercice pour chacune des thématiques de la politique de la ville : projets urbains, éducatifs, de sécurité, d'insertion pour l'emploi, développement économique. Ces dynamiques territoriales convergentes, favorisées par cette politique d'exception, créent des opportunités pour de nouvelles initiatives grâce aux liens sociaux de proximité mis en place.

« L'atelier santé ville n'est pas une structure de plus mais le lieu de la coordination des acteurs en vue de

*l'élaboration d'un diagnostic partagé des problèmes à traiter, de l'adoption et de la mise en œuvre d'un programme d'actions concertées, de leur réalisation et d'une évaluation régulière des résultats obtenus* »<sup>2</sup>.

### Les ateliers santé ville après la phase expérimentale

On peut constater, *in fine*, que les ASV seront constamment soutenus par le CIV, avec des périodes fortes, en particulier la loi du 1<sup>er</sup> août 2003 dans le domaine de la santé et la création de l'Observatoire national des zones urbaines sensibles (Onzus), le soutien à l'émergence d'un nouveau réseau national d'élus, « Élus, santé publique & territoires », en octobre 2005 à côté d'autres réseaux de la politique de la ville qui n'avaient pas intégré cette thématique, enfin la décision du CIV de 2006 pour que la santé soit le 5<sup>e</sup> pilier de la politique de la ville dans les contrats urbains de cohésion sociale (Cucs) 2006-2013. La convergence politique avec le ministère de la Santé a été affirmée par la circulaire relative à « l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de santé publique dans les territoires de proximité et au développement des ateliers santé ville » en septembre 2006.

Les dix années qui ont suivi l'expérimentation [42] mise en œuvre en 2001 (30 ASV) en Seine-Saint-Denis (93) et dans les Bouches-du-Rhône (13), ont mobilisé, progressivement mais de façon inégale, les services déconcentrés de l'État au niveau départemental et/ou régional chargés de promouvoir les ASV auprès des collectivités locales, aboutissant à plus de 300 ASV fin 2012, dont 85 en Île-de-France. Des animations régionales ont fortement soutenu les coordinations et contribué à l'affirmation de la qualité des démarches infra-territoriales des ASV par les collectivités locales, à la mobilisation de partenaires (observatoire régional de la santé Rhône-Alpes<sup>3</sup> et d'Île-de-France, Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Ireps, centres de ressources pour la politique de la ville) en particulier en Aquitaine, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur et enfin en IDF en 2009 [36]. Travaux conduits et adaptés dans un contexte marqué par la nouvelle organisation du système de santé : loi d'orientation relative à la santé publique d'août 2004, mise en place des groupements régionaux de santé publique en 2005, jusqu'à la préparation et la promulgation de la loi Hôpital patients santé et territoires (HPST) en 2009.

Les productions des ASV sur les priorités de santé retenues localement, notamment à partir de l'émergence de la santé mentale [32], donnent lieu à des publications [12] aux éditions de la DIV et, dès leur phase d'expérimentation, par le Centre de ressources pour la politique de la ville – Profession banlieue. Les études et rapports sur les inégalités sociales de santé et les

2. Circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des ateliers santé ville dans le volet santé des contrats de ville 2000-2006.

3. Les Échos des ateliers permanents du CR-DSU, « De l'atelier santé ville au plan local de santé : vers une consolidation des dynamiques territoriales en santé », janvier-juin 2010.

1. Loi n° 2003-710 du 1<sup>er</sup> août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine.



écarts entre les territoires et les textes législatifs ont suivi, durant la décennie, les quatre étapes du développement des ASV [56] : le lancement (2000-2001), la montée en charge (2002-2005 [50]), l'expansion (2006-2008 [49]) et la transition (2009-2010), pour être aujourd'hui dans une phase de stabilisation et sans doute d'inscription dans le droit commun sans pour autant perdre leur pertinence.

C'est à partir de 2008-2009 [18, 25, 55] que l'on peut situer la visibilité des ASV au niveau national. Sept ans après la création des ASV, avec un pic de développement en 2006-2007, des moyens ont pu être octroyés pour une journée nationale avec le ministère de la Santé [22], suite à un séminaire national sur les inégalités sociales et territoriales de la santé [62] rassemblant les acteurs des communes et leurs partenaires autour des ASV, processus aboutissant à la création de la Plate-forme nationale de ressources des ASV en janvier 2012.

Malgré le peu de valorisation dans les politiques nationales, régionales et locales jusqu'ici, les ASV restent un modèle d'intervention dans leur conception comme dans leur production. Ils ont vocation à être, dans le nouveau cadre des contrats locaux de santé (CLS), les

pilotes de la réduction des inégalités sociales de santé à une échelle fine [66] car ils constituent les seules dynamiques locales de santé observées sur ces territoires et fédérant les principaux acteurs. Sur le plan stratégique, aussi bien pour les agences régionales de santé que pour les élus des collectivités locales engagés dans un CLS, il est opportun de souligner que « les ASV apportent une véritable plus-value au système de santé, en générant une dynamique inédite de coopération contractualisée entre l'État et les collectivités locales en matière de santé, dans le cadre d'une démarche de promotion de la santé. Cette valeur réside aussi dans leur capacité à initier et coordonner un projet territorial de santé et à développer des approches intersectorielles de promotion globale de la santé et d'accès aux soins en favorisant l'articulation avec l'ensemble des dispositifs existant dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville » [10]. Les résultats obtenus par les ASV sont d'une ampleur probablement encore sous-estimée, peut-être par choix politique. La Plate-forme nationale de ressources des ASV a la lourde tâche de faire valoir leur spécificité [58], avec ses partenaires, et de les promouvoir comme levier de la démocratie sanitaire au niveau local. ✚

## État et collectivités territoriales : la contractualisation et les contrats locaux de santé

**Sophie Schapman-Ségalié**  
**Pierre Lombrail**  
Département de santé publique  
EA 3412, UFR SMBH,  
université Paris13,  
Bobigny

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009 a fortement remodelé l'organisation du système de santé en France. Elle a fait de l'organisation territoriale du système de santé l'un de ses éléments essentiels et a confirmé ainsi un mouvement engagé depuis plusieurs années, tant sur le plan régional que local, avec les Sros de 3<sup>e</sup> génération notamment. Le but est de se rapprocher des réalités locales afin de mieux répondre aux besoins de santé des populations. Pilotée au niveau régional via les agences régionales de santé (ARS), cette politique doit ensuite être déclinée localement tout en tenant compte des spécificités de chaque territoire. À cet effet, la loi prévoit que la mise en œuvre du projet régional de santé (PRS) peut faire l'objet de contrats locaux de santé (CLS) conclus entre les ARS et les collectivités territoriales et leurs groupements (article L. 1434-17 du Code de la santé publique). Dans cette nouvelle configuration, les collectivités territoriales deviennent donc des partenaires privilégiés des ARS dans la mise en œuvre de la politique régionale de santé.

Les CLS sont mentionnés pour la première fois dans le cadre du plan Espoir banlieue en 2008 et présentés comme des « prolongements contractuels des ateliers santé ville (ASV), [qui] permettent de développer, dans les collectivités locales éligibles, des moyens d'observation, de mobilisation et de coordination des ressources sanitaires »<sup>1</sup>. Ils sont ensuite repris dans la lettre circulaire interministérielle DGS/DIV/DP1 n° 2009-68 du 20 janvier 2009 relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale et à la préparation de la mise en place des contrats locaux de santé. Ils doivent permettre de « coordonner l'action publique de l'ARS et des collectivités territoriales, au service de l'amélioration de l'état de santé des populations concernées »<sup>2</sup>. En

1. Comité interministériel des villes (2008). *Espoir Banlieue, une dynamique pour la France*. Dossier de présentation. Secrétariat d'État à la Politique de la ville.

2. Lettre circulaire interministérielle DGS/DIV/DP1 n° 2009-68 du 20 janvier 2009 relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale et à la préparation de la mise en place des contrats locaux de santé.