



Réseau Grand Ouest des Ateliers Santé Ville

2 juillet 2013 à Nantes

COMPTE RENDU

Sommaire

Sommaire

I. Ouverture de la journée, RésO Villes	2	1
1. Présentation de RésO Villes, Centre de Ressources Politique de la Ville Bretagne et Pays de la Loire	2	
2. Le contexte de la réforme de la Politique de la Ville	3	
3. La santé, un nouvel axe d'intervention pour RésO Villes en 2013	6	
II. Santé et Politique de la Ville : Champs de compétences et échelles territoriales	8	
1. Echanges avec les représentants des ARS et DRJSCS de Bretagne et de Pays de la Loire.	8	
2. Partage d'expérience sur la mise en place d'un CLS en Loire Atlantique, à Nantes	10	
III. Réseaux régionaux et nationaux des ASV	15	
1. Présentation de la Plateforme nationale de ressources Atelier Santé Villes	15	
2. Perspectives du réseau grand ouest des Ateliers Santé Villes	19	

I. Ouverture de la journée, RésO Villes

Emmanuelle Soumeur Méreau a introduit cette journée en remerciant les partenaires qui soutiennent RésO Villes dans la mise en œuvre de son action sur la thématique santé : les DRJSCS de Bretagne et des Pays de la Loire, partenaires réguliers du Centre de Ressources, et l'ARS Pays de la Loire, nouveau partenaire de RésO Villes depuis 2013. Emmanuelle Soumeur Méreau précise que si l'ARS Bretagne n'a pas souhaité accompagner la dynamique de RésO Villes cette année, elle reste cependant ouverte aux échanges, connaissances et liens qui pourront se créer cette année pour envisager de rejoindre le Comité de Pilotage Santé de RésO Villes en 2014. Remerciements également adressés à Séverine Bosson, coordinatrice de la Plateforme nationale de ressources Ateliers Santé Villes qui a contribué à la préparation de l'organisation de cette première rencontre.

1. Présentation de RésO Villes, Centre de Ressources Politique de la Ville Bretagne et Pays de la Loire

RésO Villes est un Centre de Ressources Politique de la Ville qui intervient sur les régions Bretagne et Pays de la Loire. L'association existe depuis 2001 et s'adresse aux collectivités en Contrats Urbain de Cohésion Sociale (CUCS) :

En Bretagne : Auray, Brest Métropole Océane, Concarneau, Fougères, Guingamp, Lannion, Pays de Lorient, Morlaix, Quimper Communauté, Rennes Métropole, Communauté d'agglomération de Saint-Brieuc, Saint-Malo, Vannes, Vitré.

En Pays de la Loire : Angers Loire Métropole, Agglomération du Choletais, Fontenay le Comte, La Roche-sur-Yon, Agglomération Lavalloise, Le Mans Métropole, Nantes Métropole, Communauté d'agglomération de Saint-Nazaire, Saumur.

Le financement du fonctionnement et des actions de RésO Villes se construit en articulant des ressources complémentaires : Etat, Conseils Régionaux, Directions Régionales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS), Caisse des Dépôts et des Consignations, Fonds Social Européen ...

L'équipe de RésO Villes est composée de 5 personnes : Une directrice, une assistante de projets, une chargée de communication et de documentation et deux chargées de mission.

Les missions de RésO Villes :

La mission première est de **capitaliser et mettre à disposition les ressources**. RésO Villes dispose d'une base documentaire importante et permet donc du partage d'expérience et de connaissance sur nos territoires.

La deuxième mission de RésO Villes est la **qualification/ mise en réseau des professionnels**. L'objectif est de permettre aux professionnels d'acquérir, dans une logique d'échanges, des informations et des outils nécessaires à leurs pratiques.

L'association traite de manière transversale les axes de la politique de la ville, en créant des passerelles entre les questions urbaines, sociales, environnementales, culturelles. RésO Villes priorise bien sur ses actions en fonction de l'actualité, des demandes du terrain, des financeurs et du conseil d'Administration.

2. Le contexte de la réforme de la Politique de la Ville

Au regard du contexte de la réforme de la politique de la ville qui touche de très près les politiques territoriales, Emmanuelle Soumeur a présenté un point d'étape concernant l'actualité de cette évolution législative, tout en précisant qu'un certain nombre d'informations étaient à prendre au conditionnel étant donné l'attente du projet de loi.

+ Rappel des étapes de la réforme

→ Octobre 2012 à janvier 2013 : **large concertation nationale** (groupes de travail nationaux et cahiers d'acteurs) engagée par François Lamy, Ministre délégué chargé à la Ville. Cette concertation s'est réalisée à deux niveaux : des groupes de travail nationaux, et des cahiers d'acteurs qui ont mobilisés des professionnels, des élus, mais aussi des personnes physiques.

→ 31 janvier : restitution des travaux de la concertation. Dans cette synthèse, tout un paragraphe était consacré aux questions de santé et qui indiquait bien à quel point la dégradation de l'Etat de santé et les difficultés d'accès aux soins étaient des facteurs d'exclusion, qui insistait sur l'importance d'accroître l'offre de soins et les dispositifs de prévention. Au cours de cette journée a également été créée une « **conférence des partenaires de la politique de la ville** » pour permettre un suivi des échanges tout au long de la réforme. Cette instance se réunira pour la première fois le 9 juillet 2013.

→ Une série de convention a été signée au cours de ces derniers mois :

- **convention cadre entre le Ministère de la Ville et l'ARF** pour fixer l'engagement des régions dans les futurs contrats de Ville.
- **convention** entre le ministre délégué chargé de la Ville et **l'Assemblée des communautés de France (AdCF)**, afin de marquer les engagements réciproques pris par l'Etat et les intercommunalités dans la réforme de la politique de la ville.
- **premières conventions triennales d'objectifs** qui visent à **territorialiser les politiques sectorielles** pour concentrer les moyens de droit commun dans les quartiers prioritaires :

[Convention avec le ministère des Sports, de la Jeunesse et de la Vie associative](#), le 4 avril 2013

[Convention avec le ministère des Affaires sociales et de la Santé](#), le 19 avril 2013

[Convention avec le ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social](#), le 25 avril 2013

[Convention avec le ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social et Pôle Emploi](#), 30 avril 2013

[Convention avec le ministère délégué chargé des Transports, de la mer et de la pêche](#), le 7 juin 2013

[Convention avec le ministère du Droit des femmes](#), le 27 juin 2013

→ 19 février : Comité interministériel des villes présidé par le 1er ministre : [5 engagements et 27 décisions](#). L'un d'entre elles prévoit d'organiser le rapprochement entre l'agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des

→ chances et le secrétariat général du comité interministériel des villes,

→ 1^{er} semestre 2013, en application de [la circulaire du 30 novembre 2012](#) relative à l'élaboration de conventions d'objectifs, de méthode et de moyens pour les quartiers populaires, un certain nombre de rapports ont été commandés

- Mission Pupponi sur la **péréquation** (rapport remis le 19 juin)
- Mission Bacqué / Mechmache sur la **participation des habitants** (conférence citoyenne les 29 et 30 juin, rapport début juillet).

→ 12 **sites préfigureurs** des nouveaux contrats de ville : dont Rennes (lancement national le 18 juin). Des cellules opérationnelles vont suivre ces sites préfigureurs, elles seront composées d'agents du SG CIV, de l'ANRU, de l'ACSE et du cabinet du Ministre. Les centres de ressources sont associés aux sites préfigureurs, pour exemple, RésO Villes a été invité par Rennes Métropole à être présent au cours de la démarche pour pouvoir capitaliser cette expérience avec les collectivités de Bretagne et Pays de la Loire.

Les autres sites sont : Amiens métropole, Evry centre Essonne, Plaine commune, Lille métropole, Nîmes métropole, Grand Auch, Grand Dijon, Mulhouse Alsace agglomération, Communauté urbaine d'Arras, Toulouse métropole et Fort-de-France.

→ Le 20 juin, signature de la **charte « Quartiers-entreprises »** avec une quarantaine d'entreprises s'engageant à favoriser pour les habitants des quartiers populaires l'accès à l'emploi ou la création d'entreprises, mais également à agir pour le développement économique, social et culturel des quartiers prioritaires de la politique de la ville.

→ **Projet de loi** présenté au Conseil des ministres début juillet.

→ Débat parlementaire et **vote de la loi** à l'automne

→ **Entrée en vigueur des nouveaux contrats de ville : au plus tard le 1^{er} janvier 2015**

Les contenus de la réforme

Un certain nombre d'éléments ont été réaffirmés :

→ Réduire les **écarts de développement** entre les quartiers prioritaires et les autres territoires

→ Améliorer les **conditions de vie** des habitants des quartiers

→ Resserrer et rendre plus lisible la géographie prioritaire
Un critère objectif : le revenu des habitants analysé selon l'écart au territoire national mais aussi à l'agglomération dans laquelle se situe le quartier avec des modalités qui peuvent varier en fonction de la taille de cette agglomération. L'échelle retenue est le carreau.
Conséquences : l'émergence de nouveaux territoires prioritaires, et la sortie de certains quartiers de la géographie prioritaire établie par l'Etat. La liste établie par décret, actualisation par décret l'année précédant les élections municipales. Entrée en vigueur au plus tard au 1^{er} janvier 2015

→ Des indications sur les futurs contrats :

- Piloté à l'intercommunalité (dérogations Ile de France et DOM)
- Temporalité calée sur les mandats municipaux
- Large mobilisation des acteurs locaux (Etat et ses différents opérateurs, ensemble des collectivités concernées y compris départements et régions, CDC, Bailleurs sociaux, SEM, organismes de protection sociale, chambres consulaires, autorités organisatrices de transport...)
- Engagement prioritaire des politiques de droits communs puis crédits spécifiques dans un deuxième temps
- Cohérence des actions relevant de l'ensemble des plans, schémas et contrats visant ces territoires
- Intégration des politiques et actions conduites par les régions et les départements, y compris celles relevant des fonds structurels européens
- Contrat avec des engagements précis de chacun des signataires : objectifs, nature des actions ou des politiques publiques, moyens humains et financiers, indicateurs.

5

→ La rénovation urbaine : prolongation du PNRU1 de 2013 à 2015

→ La gouvernance

- Renforcer la compétence politique de la ville avec modification du code général des collectivités
- Création d'une nouvelle instance d'observation et d'évaluation de la Politique de la Ville (ONZUS + CES de l'ANRU)

→ La solidarité nationale

- Instauration d'une dotation Politique de la Ville dont les modalités seront proposées courant 2014 selon les principes suivants : répartition en fonction de critères de ressources et de charges des EPCI signataires des contrats de ville.
- Suppression de la DDU
- Obligation d'instituer une dotation de solidarité communautaire pour les EPCI signataires d'un contrat de ville

→ La transition pour les quartiers qui sortent de la géographie prioritaire

- Dispositif transitoire pour les territoires sortants de la géographie prioritaire : réduction progressive des avantages spécifiques politique de la ville
- Transfert des avantages des ZUS aux nouveaux quartiers prioritaires

3. La santé, un nouvel axe d'intervention pour RésO Villes en 2013

Puisqu'il s'agit d'une première rencontre sur la thématique santé, RésO Villes a tenu à présenter aux participants la genèse et les objectifs formalisés pour ce réseau. Champ peu exploré au cours dernières années RésO Villes a souhaité engager un projet sur la santé en 2013 avec le soutien de son Conseil d'Administration et des DRJSCS de Bretagne et Pays de la Loire.

Afin de saisir les enjeux du territoire, repérer les acteurs intervenant dans ce champ, RésO Villes a mené une série d'entretiens avec des professionnels de la santé (coordinateur ASV, géographe, ...), des institutions (IREPS, ORS, ...) et avec ses partenaires qui sont les DRJSCS et les ARS de Bretagne et Pays de la Loire. Ces différentes rencontres ont permis de prendre connaissance du paysage institutionnel de nos deux régions et d'identifier un certain nombre de pistes d'actions auprès des acteurs du territoire sur lesquelles le Centre de Ressource pourrait apporter sa plus-value.

Constat 1 : L'intersectorialité de la santé et de la politique de la ville, les récentes évolutions législatives (Loi HPST, création des ARS, mise en place des CLS) ont complexifié le champ institutionnel. Il existe un besoin de connaissance et de clarification du système de santé et un besoin d'interconnaissance entre les acteurs de la santé et de la politique de la Ville

Objectif 1 : créer des passerelles entre les professionnels de la santé et de la politique de la ville, tant aux échelles locales, départementales ou régionales.

6

Constat 2 : Il existe un foisonnement d'initiatives locales de démarches de santé territorialisées. Ces expériences innovantes constituent de réelles ressources pour les acteurs de la santé, et contribuent à mettre en exergue l'intérêt de mettre en place de politiques publiques de santé intégrée (ASV, CLS, Maison de Santé pluridisciplinaires, croisement GUP et santé environnementale).

Objectif 2 : Rendre visible et lisibles les démarches territoriales de santé, contribuer à la connaissance et au partage de ces initiatives.

Constat 3 : Il existe une quinzaine d'ASV en Bretagne et en Pays de la Loire, et ils sont isolés des uns des autres. Or le référentiel national des ASV précise que « les coordonnateurs ASV doivent (...) travailler en lien avec les autres ASV (échange et valorisation de bonnes pratiques au sein de coordinations ou animation régionale et nationales)¹.

Objectif 3 : Construire un lien régulier entre les ASV de nos territoires. Il existe une réelle synergie à créer, afin de mutualiser et partager des expériences entre les différents sites.

¹ <http://i.ville.gouv.fr/reference/7719>

Echanges avec les participants

L'ouverture de la journée, et notamment la présentation de la réforme de la politique de la ville a suscité un certain nombre de réactions qui ont ainsi amorcé les échanges de la matinée.

Une participante s'est notamment interrogée sur l'existence d'une entrée thématique « santé » dans les futurs contrats de ville et dans les futurs appels à projet. En effet, dans le cadre du CUCS, la santé faisait partie des 5 piliers de la politique de la ville, et ceci a permis une reconnaissance progressive des actions menées dans ce sens. Par conséquent, une crainte d'un retour en arrière et d'une moindre prise en compte des questions de santé a été exprimée.

Il s'avère que cette crainte est particulièrement ressentie dans les petites et moyennes villes, ajoute Séverine Bosson, contrairement aux métropoles qui disposent d'importants services santé. C'est la raison pour laquelle la Plateforme a rédigé un appel afin que la santé continue de figurer dans les axes prioritaires de la politique de la ville.

Quelques précisions sont apportées sur les futurs contrats de ville qui seront bâtis sur 4 piliers : la rénovation urbaine, l'emploi et le développement économique, la cohésion sociale et l'environnement. La santé sera notamment traitée dans le cadre de la cohésion sociale et de l'environnement. « C'est aux collectivités et aux services de l'Etat que de travailler en amont des contrats de villes pour réfléchir aux objectifs à intégrer dans la future contractualisation » indique Chantal Viguié, Préfecture de Loire Atlantique.

Pour d'autres, cette crainte n'existe pas. La mise en place des futurs contrats de ville va permettre une plus grande souplesse, mais ne va pas évacuer des thématiques. La santé reste d'ailleurs bel et bien une priorité, comme en témoigne la signature de la Convention triennale d'objectifs pour les quartiers populaires 2013 - 2015 entre le ministère des Affaires sociales et de la Santé et le ministère délégué à la Ville. Une participante confirme à ce sujet que cette convention a le mérite d'insuffler de la santé dans les politiques publiques, l'objet même de la réflexion actuelle sur la politique de la ville, à savoir mobiliser le droit commun sur les quartiers prioritaires. Une autre satisfaction se porte sur le fait que l'ARS devienne partie prenante de ces discussions et de ces futurs contrats.

Une participante de Rennes, ville retenue parmi les sites préfigurateurs souligne que la préparation des futurs contrats de ville permet de sortir de la logique d'appel à projet. Se posent alors des questions intéressantes, en lien avec les réalités du territoire. Le site préfigurateur du contrat de ville se révèle être une opportunité pour mobiliser davantage la santé

Enfin, une vigilance est évoquée au sujet de l'entrée « dispositif » qui a tendance à cloisonner les réflexions sur la santé dans le cadre de la politique de la ville. Ce n'est pas le cas à Rennes où de manière délibérée, l'ASV n'est pas affiché, et la thématique santé est travaillée de manière transversale.

II. Santé et Politique de la Ville : Champs de compétences et échelles territoriales

1. Echanges avec les représentants des ARS et DRJSCS de Bretagne et de Pays de la Loire.

Dans la continuité de ces premiers échanges, deux interlocuteurs des Pays de la Loire, Anne Fabry, DRJSCS et Vincent Michelet, ARS, ont présenté à deux voix la prise en compte des inégalités de santé par leurs institutions et les points de jonctions entre leurs actions respectives.

D'un côté se trouve la DRJSCS, déléguée de l'ACSé, dont les antennes départementales sont les DDCS ou les Préfectures. Les financements « politique de la ville » des DRJSCS proviennent des crédits de l'ACSé. La DRJSCS renforce la prise en compte des questions de santé dans le cadre du CUCS en travaillant d'une part avec le centre de ressources et d'autre part avec l'ARS dans le cadre d'un document d'objectifs partagés. Ce document cible les points de coopération sur le volet santé des CUCS, pour la majorité représenté par les ASV.

De l'autre côté, l'ARS, agence récente, qui a dans un premier temps beaucoup travaillé sur l'élaboration de son projet régional de santé. Au cœur de ce PRS se trouve la problématique des inégalités sociales de santé. Il s'agit en effet d'un axe prioritaire dès lors qu'est menée ou financée une action par l'ARS. Au sein du PRS, se décline le PRAPS (programme régional d'accès à la prévention et aux soins), un programme dédié aux populations en situations de précarité. C'est dans ce cadre que l'ARS finance des actions portées par les ASV.

Vincent Michelet explique que le fonds d'intervention régional fonctionne dans une logique de fongibilité des crédits favorables au financement des actions de prévention. Il y a donc un effet de cliquet qui garantit une augmentation des ressources dans le champ de la prévention.

Concernant les CLS, quelques informations supplémentaires sont apportées pour nourrir les échanges : certaines régions ont choisi de transformer les ASV en CLS mais ce n'est pas le choix qui a été fait en Pays de la Loire, où la logique est de mettre en place des CLS sur des échelles ville ou d'agglomération en complémentarité de l'action des ASV.

Concernant les publics en situation de précarité sociale, l'ARS a de l'intérêt à travailler avec la DRJSCS. Si ces deux institutions travaillent de concert, cela permet de mettre en place des actions qui sont au plus près des besoins des personnes en situation de vulnérabilité. L'ARS s'intéresse particulièrement aux ASV car ils touchent des publics qui sont très éloignés des instances et offres de santé, et ce sont ces personnes qui doivent être la cible première de la prévention.

Vincent Michelet poursuit en indiquant que l'ARS souhaite capitaliser le travail des ASV, reconnus pour leur connaissance de proximité et la mise en œuvre d'actions pertinentes au regard des besoins du territoire.

Echanges avec les participants

Suite à cette présentation, une participante a sollicité les interlocuteurs autour de la problématique de l'observation de l'Etat de santé du territoire. En effet, si l'ASV a une bonne connaissance du territoire sur lequel il intervient, la coordinatrice déplore un manque des données « objectives », d'informations qui lui permettent d'observer finalement le territoire. De manière générale, les collectivités ont des difficultés à avoir des données significatives à l'échelle d'un quartier.

Vincent Michelet confirme que la question de l'observation est un sujet compliqué, notamment du fait de la confidentialité des données qui limite l'accès aux données chiffrées. La CPAM, qui dispose de nombreuses ressources peut légitimement être réticente pour partager ces informations. Vincent Michelet poursuit en observant que si l'élaboration d'un diagnostic partagé sur un territoire est extrêmement pertinente, les données chiffrées n'apportent pas toujours d'éléments qui nous permettent d'affiner l'analyse des déterminants de santé. Il existe des villes qui engagent des études à l'échelle quartier, cela donne des informations intéressantes, mais il faut des moyens considérables. Pour conclure, Vincent Michelet considère que les ASV sont des sources de données qualitatives considérables, puisque ce sont eux qui ont un rôle de vigie sur le territoire, et qui en ont une connaissance fine.

Néanmoins, les participants voient dans l'utilisation des données chiffrées plusieurs vertus. Premièrement, il s'agit d'un outil pour évaluer l'amélioration de l'état de santé d'une population au regard de toutes les actions qui ont été mises en place pour travailler dans ce sens. D'autre part, les chiffres ont l'avantage de mobiliser. Pour exemple, à Rennes, c'est une étude sur la moyenne d'âge des professionnels de santé dans les quartiers qui a été un élément déclencheur pour les élu-e-s. Les chiffres permettent de donner à voir de façon lisible les inégalités conviennent les participants.

L'ARS précise qu'elle dispose d'information à l'échelle infra-départementale, ce qui correspond aux « territoires de proximité » (30-50 000 habitants), avec notamment des indicateurs socio-économiques d'accès aux soins. On peut envisager que dans le cadre des futurs contrats de ville, l'ARS puisse apporter également des éléments d'analyse.

En définitive, la question de l'observation du territoire représente un fort enjeu pour les coordinateurs. Ces derniers souhaiteraient être plus accompagnés pour accéder à des données communes et, en termes méthodologiques, à les comprendre et les utiliser. A Rennes, l'observation des territoires a été affirmée comme un enjeu de taille, et dans le cadre du CLS, la collectivité a choisi de travailler avec un doctorant en contrat CIFRE dans l'optique de travailler le partage d'information. L'objectif étant de travailler un modus operandi transposable à d'autres territoires.

Enfin, d'autres sources d'informations ont été évoquées :

- les Observatoires Régionaux de Santé, qui ont des fonctionnements très différents sur le territoire. En Bretagne, l'ORS fonctionne sur appel d'offre.

- la plateforme régionale d'observation sociale de la DRJSCS Pays de la Loire, qui a pour principale mission de coordonner les travaux locaux d'observation et d'en partager les résultats.

- OSCAR : outil cartographique qui permet d'accéder à des fiches expériences santé

- La santé scolaire dispose de bilans (maternelle/primaire)

2. Partage d'expérience sur la mise en place d'un CLS en Loire Atlantique, à Nantes

Corinne Lécluse, Délégation Territoriale de l'ARS, et Chantal Viguié, Préfecture des Pays de la Loire sont venues témoigner de la mise en place du Contrat Local de Santé de Nantes. Ce dernier a été signé le 20 novembre 2012, entre :

- l'Agence Régionale de Santé (déjà signataire des avenants des CUCS en 2010, ce qui avait permis une dynamique de mobilisation du droit commun)
- la ville de Nantes
- Nantes Métropole (associé à la démarche notamment sur les questions d'observation, en mobilisant le Compas)
- la préfecture de la Loire Atlantique /ACSE (c'est notamment l'Acse qui finance seule le coordinateur ASV)

Le Contrat Local de Santé Nantes intervient sur l'échelle de la ville de Nantes avec un ciblage sur les quartiers prioritaires.

Le CLS a pour objectif de fédérer le réseau d'acteurs qui interviennent sur la ville, réseau dense et ancien car la Ville de Nantes a toujours été volontariste sur les questions de santé. En effet, elle a notamment mené un plan d'action stratégique sur la prévention/promotion de la santé. En outre, Nantes fait partie des rares villes qui disposent d'un système de santé scolaire. Enfin, Nantes a formalisé sa stratégie de réduction des inégalités de santé avec la mise en place d'un Atelier Santé Ville dès 2007.

10

Les ressources qui ont contribué à la réalisation du CLS

Le CLS s'appuie sur les dynamiques d'animation et de coordination et notamment sur l'ASV de Nantes, qui est en cohérence avec le projet régional de santé de l'ARS et les données d'observation de la ville de Nantes.

A Nantes, il y a un ASV avec un coordinateur qui intervient sur les quartiers nord, mais qui se décline sur 4 autres territoires de priorité 1 : les Dervallières, Bellevue (quartier intercommunal), Malakoff, et les quartiers est.

Le CLS a été construit sur la base d'un diagnostic, réalisé avec le concours de l'ORS. Si les indicateurs de mortalité générale à l'échelle de la ville sont plutôt favorables (mortalité inférieure à la moyenne nationale : - 6% pour les hommes, -16% pour les femmes), ce qui place la Ville de Nantes au 3^{ème} rang des plus grandes villes de France, en revanche, les indicateurs de mortalité prématurée sont très défavorables (supérieure à 10% à la moyenne nationale, aussi bien chez les hommes que chez les femmes). Ces indicateurs de mortalité prématurée ont par ailleurs montré une forte disparité entre les quartiers nantais. Ainsi sur certains quartiers prioritaires, 50 % de la population masculine n'atteint pas l'âge de 65 ans. Au niveau de certaines zones urbaines sensibles, la moitié des décès masculins concerne une personne de moins de 65 ans contre 1/3 hors ZUS. . Les causes mises en

avant dans ce diagnostic étaient : les problématiques de cancer du poumon, les maladies cardiovasculaires, les maladies liées à l'alcool, les suicides et les accidents de la vie courante.

D'autre part, le service de santé scolaire a permis d'alimenter ce diagnostic en mettant en exergue que les inégalités de santé se jouent dès l'enfance : on observait ainsi un taux d'obésité, de surpoids et de caries non soignées double dans les quartiers ZUS, ainsi que des troubles du langage plus fréquents.

Enfin, dans le cadre de l'appel à projet national de l'Acse sur le renforcement de l'offre de soins de premier recours, la ville de Nantes a lancé une étude sur le quartier de Nantes/Saint Herblain qui visait à identifier les freins à l'accès aux soins et à évaluer la démographie médicale sur ce territoire intercommunal (enquêtes auprès des professionnels et habitants des quartiers). Cette étude a été réalisée par une géographe de la santé, et a mis en avant un certain nombre de constats :

- L'argent est le premier motif de renoncement aux soins
- Le phénomène de non recours pour méconnaissance des droits est fréquent
- L'offre locale de soins est fragilisée (vieillesse des professionnels)
- le réseau soignants/soignés/institutions doit être renforcé
- la santé n'est pas vécue comme prioritaire par les habitants

Cette étude suggère donc un certain nombre de propositions d'interventions :

- favoriser les actions pour améliorer le cadre de vie des habitants
- redynamiser le réseau santé précarité
- maintenir une offre de proximité de qualité (en envisageant la mise en place d'une maison pluridisciplinaire de santé)

Présentation du CLS

Le CLS retient quatre axes stratégiques :

- **Consolider l'observation locale de la santé des nantais en particulier des personnes vulnérables et de ses déterminants.** Utiliser les données existantes pour informer les partenaires, les professionnels. Ici l'ARS, dans les liens qu'elle développe avec les professionnels peut soutenir cette démarche d'information/sensibilisation. D'autre part, l'objectif est de consolider ces données en élargissant le partenariat avec la CPAM
- **Favoriser l'accès aux droits, aux soins et à la prévention des publics vulnérables (étude en cours subventionnée par l'ACSE sur le quartier de Bellevue).** Projet de rétablir un réseau santé précarité : mettre autour de la table les acteurs associatifs et professionnels du domaine social et sanitaire.
- **Impulser de nouvelles coopérations en santé mentale.** Il existe déjà un réseau sur cette thématique à Nantes, le but est de le faire évoluer vers un Contrat Local en Santé Mentale, et ainsi avoir un pilotage renforcé avec le partenariat de certaines institutions. A venir : une étude en santé mentale sur la population générale.
- **Conforter les synergies et les dynamiques associatives existantes en matière de promotion et de prévention de la santé (mettre l'accent sur la prévention du cancer du poumon).** Sur

ce dernier axe, une action en particulier a été retenue, la mise en place d'un appel à projet commun (voir ci-dessous)

Nota : A l'heure de l'élaboration du CLS, la ville de Nantes était également en train de valider un plan local de santé environnementale qui n'est pas intégré au contrat, mais à l'évènement « Ville Verte 2013 ». Mais cela n'empêche pas des articulations.

Le Contrat Local de Santé a le même comité de pilotage que l'Atelier Santé Ville ainsi qu'un comité de suivi restreint composé des signataires du CLS. Le Contrat intègre une douzaine d'actions : ces dernières ne font pas l'objet d'une description détaillée, si ce n'est la désignation d'un pilote et d'une échéance à respecter.

Promotion et prévention de la santé : la mise en place d'un appel à projets commun

Objectif : Renforcer et répartir de manière équilibrée et ciblée les moyens de chaque partenaire autour des enjeux de prévention et de promotion de la santé mis en avant dans le CLS.

Les partenaires concernés (la Ville de Nantes, l'ARS, la Préfecture/Acsé et Nantes Métropole) se sont réunis dans le cadre du comité de suivi du CLS pour définir ensemble le champ de l'AAP (territoire, cibles, thématiques) et en informer les promoteurs. Le Comité de suivi a été vigilant sur le format de l'AAP afin de le rendre le plus accessible possible pour les promoteurs (calendrier, coordination ...). D'autre part, la mise en cohérence avec les autres procédures (notamment l'AAP régional de l'ARS, MILDT, FIPD ...) a fait l'objet d'une précaution supplémentaire. Les crédits CUCS dédiés à l'axe santé font notamment désormais partie de cet AAP pour les actions réalisées sur les quartiers prioritaires de Nantes. (Pour les autres territoires prioritaires de l'agglomération nantaise –Rézé, Saint Herblain, Orvault- les actions santé développées relèvent de l'AAP du CUCS).

Les délégués du préfet ont notamment sur le terrain permit d'annoncer aux opérateurs les évolutions de cet appel à projet.

L'ouverture de la procédure auprès des promoteurs a eu lieu le 21 novembre 2012, et les propositions pouvaient être adressées jusqu'au 10 janvier 2013. Le comité de suivi a par la suite organisé des temps d'analyse conjointe de la recevabilité des dossiers. Pour chaque dossier, des montants alloués par chaque partenaire ont été définis. Par exemple, sur les actions qui n'étaient pas sur les quartiers politique de la ville, l'Acsé n'a pas participé, l'ARS et la Ville de Nantes se répartissant le financement.

Ces décisions ont été validées au sein du Comité de pilotage ASV/CLS d'avril. Dans les jours qui ont suivi cette instances, les promoteurs ont reçu une notification leur informant des la recevabilité de leur dossier, et la répartition des financements.

Sur les quarante dossiers analysés, la moitié ont été jugés pertinents et retenus par le comité pour un montant total de 212 000 euros :

- 50% des dossiers relèvent de la nutrition
- 25% des addictions
- 25% de l'accès aux droits et aux soins

En définitive, Corinne Lécluse et Chantal Viguié pointent le fait que cet AAP représente une expérimentation, et que des ajustements seront nécessaires au fur et à mesure. Cette démarche, ajoutent-elles, s'inscrit dans l'évolution en cours de la politique de la ville qui vise à fédérer les acteurs locaux autour de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Au regard de ces perspectives, cet AAP a voulu se donner l'ambition d'être pilote. Bien entendu cette démarche n'est pas directement transposable sur d'autres territoires, elle correspond au maillage des acteurs propre au contexte nantais.

Nota : ce CLS est prévu pour une durée de 5 ans, et au cours de ces années il est prévu que par voie d'avenant il soit possible de faire évoluer le contrat, ce qui sera certainement nécessaire aux vues des mutations qui découleront de la réforme de la politique de la ville.

Pour plus d'information, [vous pouvez télécharger le power point de présentation en ligne](#)

Echanges avec les participants:

Cette présentation fait réagir une participante qui s'interroge sur la plus-value de cet appel à projet, et notamment sur ce qu'il peut apporter en plus des Groupes Régionaux de Santé Publique qui visent notamment à fédérer les actions de santé publique et de promotion pour la santé. D'autre part, n'y a-t-il pas des effets pervers : l'ARS ne va-t-elle pas soutenir avec un moindre effort financier ce qu'elle soutenait avant ?

« L'AAP a permis à l'ARS de soutenir des petits opérateurs de proximité, alors qu'auparavant elle soutenait plutôt des têtes de réseau » rapporte Corinne Lécluse. Il est ainsi précisé que L'ARS Pays de la Loire a, par cet AAP, renforcé son engagement. La Préfecture au titre des crédits spécifiques de la politique de la ville a ainsi pu réduire sa participation en raison de la mobilisation accrue du croit commun de l'Etat (même si c'est toujours l'Acse qui finance entièrement la coordination). C'est par conséquent une mobilisation du droit commun satisfaisante.

Suite à une demande de précision sur la coordination du CLS, il a en effet été souligné que la difficulté aujourd'hui résidait notamment dans l'absence de moyen d'animation de ce CLS. C'est le comité de suivi qui remplit le rôle de coordination, mission chronophage qu'il faudra peut être réévaluer au fil du temps. A ce titre, l'ASV de Nantes a été impliqué dans l'élaboration et la mise en œuvre du CLS.

Suite à cette précision, les participants s'accordent à considérer que la taille de la ville concernée est fondamentale. En effet, dans la cas de Nantes, la mission santé de la ville a apporté un soutien dans la coordination, ce qui ne peut être envisagé pour de plus petites villes qui ne disposent pas d'autant de moyens d'ingénierie.

La signature des contrats locaux de santé étant un élément d'actualité fort du point de vue des ASV, un tour de table a été réalisé afin de connaître les modalités de mise en œuvre des CLS sur chaque site.

La Roche sur Yon a signé son CLS avec l'ARS uniquement, sur les axes suivants : Accès aux droits, soins / Santé Mentale en lieu et place de publics vulnérable / accès aux droits. Le CLS a été signé pour 3 ans. Financement à mi-temps d'un intervenant en santé publique. L'ASV est concerné par certains axes du CLS, notamment celui de la prévention et de la promotion de la santé.

A **Saumur**, le CLS est en cours d'élaboration.

A **Vannes**, en revanche il n'y pas de Contrat Local de Santé. Toutefois sa coordinatrice rapporte une dynamique similaire : l'ASV de Vannes, porté depuis 12 ans par la Mutualité Française Finistère Morbihan, est sur le point de changer de portage juridique. En effet, c'est la Ville de Vannes qui portera l'ASV à partir de janvier 2014. Cette décision a mis autour de la table un certain nombre d'acteurs : DDCS, ARS, CG, les élus de la ville de Vannes, le CUCS, le conseil de l'ordre des médecins, et la Mutualité Française Finistère Morbihan, un partenariat élargi donc, qui ressemble aux dynamiques à l'œuvre dans le cadre du CLS.

A **Rennes**, le CLS a été signé le 1er juillet 2013. Rennes, tout comme Nantes, bénéficie d'un service Santé Publique conséquent, ce qui facilite les choses. L'élaboration du CLS s'est faite de manière partenariale, puisque le contrat regroupe 13 signataires : l'ARS Bretagne, la Ville de Rennes, la Préfecture d'Ille-et-Vilaine, la Caisse primaire d'assurance-maladie d'Ille-et-Vilaine, le Conseil général d'Ille-et-Vilaine, le Conseil régional de Bretagne, l'Éducation nationale, le centre hospitalier universitaire de Rennes, le centre hospitalier Guillaume-Régnier, l'Union régionale des professionnels de santé-médecins, la conférence de territoire de santé numéro 5, les représentants des usagers, l'école des hautes-études en santé publique.

L'innovation intéressante de ce CLS ajoute la coordinatrice, est notamment l'inclusion des représentants d'usagers et des professionnels de santé. C'est le résultat d'un an de travail, avec le souhait de reposer des diagnostics communs, et de rendre lisible ce que chacun fait déjà. Le CLS de Rennes répertorie ainsi 7 axes de travail, découpés en 40 actions. Ce sont des objectifs prioritaires établis en communs pour une durée de 3 ans. Pour information, il est mentionné que Rennes développe un axe thématique particulier : la santé des étudiants, qui représentent 1/3 de la population de la ville.

La coordination s'effectue entre la Responsable de la Direction Santé Publique, référente du CLS, et l'ARS. Ensuite, des pilotes sont désignés par service et se déclinent sur le territoire.

Ce qui est important dans les CLS conclue une participante de Rennes, c'est la méthodologie de travail qui permet de créer une dynamique partenariale, c'est un lieu de rencontre, de partage de diagnostic.

Suite à ce tour de table, Emmanuelle Soumeur Méreau interroge l'auditoire sur l'articulation des CLS avec les futurs contrats de ville : « Comment se construiront les passerelles entre CLS et contrat de ville ? ». A Rennes, cette articulation a déjà été pensée, puisque tous les axes de travail ont une entrée « territoire prioritaire ». Par exemple, la délégation « protection maternelle infantile » (médecins qui proposent des bilans de santé à 4 ans) se déploie de manière intégrale sur les territoires prioritaires, et non sur les autres. Le CLS se dessine donc comme le volet santé du futur contrat de ville, et a l'avantage de créer de la cohérence.

Vincent Michelet partage ce constat que le CLS a pour vertu première d'insuffler de démarches partenariales. Il continue en questionnant le rôle de l'ARS une fois que les phases d'animation initiales et de diagnostic, soutenues par l'ARS, seront achevées. « Ce qui est intéressant dans le cadre de la Ville de Nantes, conclue-t-il, c'est de s'interroger sur ce que va financer l'ARS comme action, une fois que le partenariat est installé ».

Jean Philippe Croissant, DRJSCS Pays de la Loire, poursuit en informant les participants de l'existence d'une convention cadre « cohésion sociale » qui lie l'ARS et la DRJSCS de Bretagne. Cette convention se décline notamment en protocoles départementaux. Une récente réunion en présence des délégations territoriales de l'ARS et des DDCS a permis d'échanger sur la mise en place d'actions communes. Il a notamment été décidé d'engager une « mission d'observation » au cours de laquelle ces acteurs iront à la rencontre des ASV bretons et des interlocuteurs sur des quartiers. Jean Philippe Croissant souligne l'intérêt de mutualiser cette démarche à celle que RésO Ville mène sur les questions de santé.

III. Réseaux régionaux et national des ASV

1. Présentation de la Plateforme nationale de ressources Atelier Santé Ville

Séverine Bosson est venue présenter aux coordinateurs ASV de Bretagne et Pays de la Loire cette structure récente : la Plateforme nationale de ressources Ateliers Santé Ville. Dans un premier temps son intervention a consisté à rappeler l'historique de la Plateforme, son fonctionnement et ses missions. Puis Séverine Bosson a complété cette présentation en faisant état des résultats de son état des lieux des moyens d'animation des ASV en France, réalisé en 2012.

Historique de la démarche

Depuis 2005, un certain nombre de réseaux d'ASV se sont formés et quelques rencontres ont eu lieu afin de visibiliser la démarche ASV et favoriser l'échange de pratiques entre acteurs. C'est l'existence de ces animations départementales /régionales /interrégionales des ASV qui a ainsi conforté l'idée de constituer un réseau national visant à promouvoir les pratiques des acteurs locaux au niveau national.

En 2010, une étude de préfiguration a été lancée par le SG CIV et a été confiée à un bureau d'étude (CRESSE). Cette étude a aboutie à la création de la « Plateforme nationale de ressources des Ateliers santé ville » sous forme associative, le 17 octobre 2011. Le choix de la forme associative a été privilégié pour garder une indépendance vis-à-vis de toute tutelle. Le nom également a été choisi stratégiquement : choix de la dénomination « plateforme » pour ne pas s'adresser qu'aux coordinateurs ASV, mais aussi à tous leurs partenaires ; « de ressources » pour mettre en avant la fonction d'appui, d'accompagnement, d'apport d'informations.

L'association a réellement pris son élan à l'occasion de l'Assemblée générale constitutive le 27 janvier 2012. S'en est suivi le recrutement de la coordinatrice fin avril 2012. Séverine Bosson poursuit en expliquant aux coordinateurs la gouvernance de la Plateforme, le conseil d'administration et le bureau ayant notamment été renouvelés en 2013 (voir power-point).

Les enjeux identifiés

- Favoriser la mise en réseau de tous ces acteurs et être un lieu ressources
- Rendre visibles et lisibles les démarches territoriales de santé et les approches populationnelles portées par les ASV avec leurs partenaires territoriaux
- Promouvoir les pratiques des actions coordonnées des ASV du niveau local aux niveaux régional et national
- Faire émerger les démarches territoriales de proximité des ASV de la politique de la ville dans le cadre des contrats locaux de santé (CLS) et leur articulation avec les CUCS

✚ Les missions

- Contribuer à la réflexion sur la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé :
 - Valoriser les acquis des ASV ;
 - Capitaliser sur les outils, méthodes et actions des ASV ;
 - Favoriser les échanges de pratiques et d'analyse sur les ASV ;
- Constituer un réseau national référent et servir de plaidoyer :
 - pour les acteurs locaux, régionaux et nationaux
 - des champs : politique de la ville, santé, social, urbanisme ;
- Faciliter l'accès à l'information et aux ressources nécessaires au fonctionnement des ASV ;
Cet axe de travail sera formalisé par la mise en ligne d'un site internet qui devrait voir le jour à la fin de l'été : www.plateforme-asv.org
- Développer un lien fort avec la recherche pour favoriser l'innovation et l'expérimentation.

Séverine Bosson indique que ces missions s'adressent à l'ensemble des acteurs qui participent aux démarches territoriales de santé publique et la réduction des inégalités sociales de santé, en France métropolitaine et dans les DOM. Toutefois, la Plateforme s'adresse plus particulièrement aux :

- coordinateurs d'Ateliers santé ville
- professionnels et partenaires de la politique de la ville
- élus
- institutions, organismes du champ de la santé publique et promotion de la santé / développement social au niveau national, régional et départemental
- universités et la recherche

✚ Les axes de travail

- Information
 - Site internet
 - Newsletter
- Accompagnement des acteurs
 - Capitalisation des productions, outils, expériences des ASV
 - Organisation de journée d'échanges de pratiques (ex : Colloque national d'avril 2013)
 - Publication des actes
 - Contribuer au développement de programmes dans une approche qualité
- Mise en réseau des acteurs
 - Créer un réseau national des ASV référent
 - Renforcer les synergies régionales et favoriser les échanges interrégionaux

Afin d'explicitier les missions de la Plateforme, Séverine Bosson a détaillé les actions mise en œuvre au cours de la période 2012/2013. Un axe de travail important a été la réalisation de deux enquêtes : une enquête sur les besoins en formation des coordinateurs ASV, et un état des lieux des moyens d'animations régionales des ASV. D'autre part, la Plateforme a organisé deux événements importants : un séminaire d'échanges de pratiques et de réflexion sur deux jours destiné aux coordinateurs ASV (*Novembre 2012 : « les CLS: quelle plus-value pour les ASV ? »*) et une rencontre nationale des Ateliers santé ville (*Avril 2012 : les ASV et les politiques territorialisées de santé*) qui a réuni près de 250 personnes sur deux jours. Les actes de cette rencontre seront prochainement diffusés, ajoute-t-elle. Par ailleurs, la Plateforme participe à de nombreux événements : rencontres régionales des ASV, colloques nationaux, instances nationales (ex : concertation nationale sur la réforme de la politique de la ville, comité de pilotage national sur les CLS, comité de pilotage d'une étude pilotée par l'Acsé sur le volet santé des CUCS). Enfin, la communication, via la création d'un site internet et la diffusion de quelques newsletters, fait l'objet d'un axe de travail important. Le site internet, bientôt opérationnel proposera :

- Une rubrique Information : fonctionnement des ASV et outils, veille de l'actualité, documentaire et agendas aux niveaux national et régional, en lien avec les structures d'animation régionale des ASV
- La capitalisation des productions des ASV : diffusion et partage des ressources
- Des espaces de travail collaboratif : espaces d'échanges et de stockage réservés aux différents réseaux de coordinateurs ASV

✚ **Etat des lieux des moyens d'animation des ASV**

L'objet de travail de l'après midi étant l'échange sur l'animation du Réseau Grand Ouest des ASV, Séverine Bosson a achevé sa présentation en faisant une restitution de son état des lieux des moyens d'animation régionale des ASV ;

A l'origine rappelle Séverine Bosson, des réseaux ont émergé par un souci d'accompagnement méthodologique, de qualification et de soutien à la réflexion au démarrage des ASV. Au fil du temps, les besoins se sont tournés vers la demande d'un espace de mise en réseau, d'échanges d'expériences et de mutualisation des pratiques.

Les formats d'animations sont divers : il existe en effet des réseaux animés par des structures comme les CRPV, les IREPS et les réseaux DSU. Il existe également des réseaux auto-animés. L'échelle la plus répandue d'échange, c'est le niveau régional. A l'heure de l'enquête, 23% des coordinateurs ASV ne disposaient pas d'un réseau ; il faudra notamment revoir ces statistiques au regard de la création du réseau grand ouest des ASV.

Ces réseaux ont en commun un certain nombre de missions :

- Coordination du réseau
- Animation de rencontres thématiques et d'échanges de pratiques
- Capitalisation et communication
- Développement d'outils communs

Ceux qui sont animés par une structure externe proposent parfois en complément :

- Veille et diffusion d'informations (actu, agenda, publications...)
- Rôle d'observatoire des expériences ASV
- Cycles de formation et de qualification des acteurs/ expertise
- Appui méthodologique (niveau départemental)

Concernant le public, il est indiqué que le plus souvent il s'agit de réseaux intra-coordinateurs ASV. Ils sont de plus en plus élargis aux animateurs territoriaux de santé.

Une participante souligne à ce titre que des croisements de réseaux sont possibles. Par exemple, le Conseil Régional et l'Agence Régionale de Santé de Bretagne animent un réseau des ATS. Selon elle, un rapprochement de pratiques et de travail entre les deux dispositifs serait intéressant. Il faut en effet s'interroger sur la place du réseau « coordinateurs ASV » de RésO Villes au regard des autres réseaux existants : celui de la Plateforme nationale de ressources ASV, le Réseau français des Villes-Santé de l'OMS.

Séverine Bosson renchérit en évoquant l'inclusion des futurs coordinateurs des CLS des collectivités (notamment là où il n'existe pas d'ASV). Cela existe dans certains sites et permet aux coordinateurs de ces récents CLS de profiter de l'expérience acquise par les ASV.

Certains réseaux proposent des temps partagés avec leurs partenaires institutionnels locaux : DT ARS et DDCCS. Il existe également des réseaux qui proposent des temps de travail « opérationnels » pour les animateurs et coordinateurs ASV, et des temps de travail qui abordent des sujets plus stratégiques et où sont conviés les directeurs des missions santé publique.

La plupart du temps, les réseaux ASV se rencontrent sur un format d'une journée ; avec une fréquence de 2 à 6 rencontres par an. Le choix du lieu est tournant, pour permettre de faciliter la présence des coordinateurs, surtout quand le réseau existe à une échelle interrégionale.

L'enquête a également permis de recenser **les points forts** de ces réseaux :

- Mobilisation effective des coordinateurs ASV d'un territoire commun
- Réseaux élargis : coordinateurs des démarches territoriales de santé
- Ouverture apportée par échelle régionale / interrégionale
- Partager les expériences / mutualiser les pratiques
- Lieu ressources – rompre l'isolement
- Développement d'une culture commune / devenir un interlocuteur régional
- L'alternance de temps de rencontres intra-acteurs mais aussi inter-acteurs (valorisation, interconnaissance)
- La dimension transversale apportée par la politique de la ville (CRPV – DSU) : faire le lien avec les PRE, l'urbanisme, etc. Un plus qui est apporté dans les échanges.

18

Quand le réseau est animé par une structure extérieure, cela facilite, outre le soutien logistique (animation, cadrage) et l'apport de ressources, la reconnaissance au niveau régional.

Les limites quant à elles, sont souvent organisationnelles : les contraintes géographiques et de calendrier ne permettent pas une participation systématique aux rencontres. Malgré la reconnaissance des partenaires du bien fondé de cette démarche, certains réseaux ont pourtant vu leur financement diminuer. Enfin, l'enjeu de communication des réseaux est de plus en plus prépondérant, impliquant la question de la légitimité ou de la reconnaissance du réseau au niveau régional.

Cette auto-analyse des difficultés et des opportunités faite par chacun des réseaux ASV interrogé leur a permis de dessiner les perspectives qu'ils souhaitent mettre en place pour mieux atteindre leurs objectifs :

- Instaurer un cadre régulier de rencontre, avec divers espaces d'échange
- Articuler davantage avec les axes transversaux
- Améliorer la sensibilisation des élus
- Créer des interfaces avec l'échelon régional
- Développer une culture et un lieu de capitalisation
- Se donner les moyens de l'animation
- Créer des outils de communication

- Etre un relais régional entre le local et le national (Plateforme ASV)

Pour plus d'information, [vous pouvez télécharger le power point de présentation en ligne](#)

2. Perspectives du réseau grand ouest des Ateliers Santé Ville

Cette première rencontre était l'occasion de susciter un échange avec les coordinateurs ASV sur leurs attentes vis-à-vis de l'offre d'animation de RésO Villes et ce faisant débattre des perspectives à construire pour la suite. Les modalités de rencontre et de travail en collectif ont ainsi été abordées au cours de la dernière séquence de l'après midi. Des temps de travail en binôme ont permis de questionner les coordinateurs et responsables ASV sur deux points :

- Le format et les contenus à mettre en œuvre dans le cadre du réseau ASV
- La réalisation d'un état des lieux des ASV de Bretagne et pays de la Loire

✚ Echanges sur la construction du réseau grand ouest des ASV

Afin de nourrir le débat, il a été demandé aux participants de réfléchir, au regard de leurs expériences professionnelles passées ou présentes, sur l'apport que pourrait leur apporter un réseau-métier constitué de coordinateurs ASV. Il s'agissait ainsi collectivement de lister les attentes et besoins des professionnels pour en dégager des pistes de format d'animation et de contenus à aborder.

- **Un point de vigilance : l'existence d'autres réseaux**

Si cette première rencontre du réseau grand ouest des ASV a été accueillie avec intérêt et enthousiasme par les coordinateurs et responsables ASV, il a notamment été souligné qu'il fallait veiller à ne pas créer un doublon quant aux autres réseaux existants. Ex : réseau des animateurs territoriaux de santé (ATS) en Bretagne, réseau des villes santé OMS ... Le Réseau grand ouest des villes OMS, lui, travaille actuellement sur la santé mentale. Peut être serait-il judicieux de ne pas se limiter à l'entrée « dispositif ASV », cloisonnante, et à construire une synergie avec les expertises et les compétences qui existent déjà ?

Séverine Bosson souligne à ce titre que c'est aussi l'un des objectifs du site internet de la Plateforme que de faire le lien entre tous les réseaux sur le site afin d'éviter les redondances et les doublons.

- **Rompre l'isolement**

Une première attente concernant le réseau est la mise en lien avec des pairs. Les rencontres permettent une « pause » dans la pratique professionnelle et la rencontre avec des professionnels confrontés aux mêmes enjeux et aux mêmes difficultés.

- **L'échange d'expérience : un objectif de travail partagé**

Plusieurs participants ont évoqué l'échange d'expérience comme un objectif à réaliser dans le cadre du réseau. Même si « tout n'est pas transposable d'une ville à une autre », cela permet de penser et d'impulser de nouvelles actions sur son territoire. Certains évoquent des échanges en termes méthodologiques (ex : mise en place un programme d'action sur la nutrition).

RésO Villes propose de réaliser un recensement des thématiques/actions sur lesquelles les coordinateurs aimeraient avoir un témoignage, mais aussi sur les expériences pour lesquelles ils seraient prêt à faire profiter le groupe.

- **Un outil de reconnaissance**

A plusieurs reprises la plus value du réseau a été évoquée sous l'angle de la reconnaissance qu'elle peut apporter au regard des partenaires institutionnels. L'existence d'un collectif, en permettant notamment l'harmonisation et la mise en cohérence des pratiques, permet de plaider en faveur des ASV. A ce sujet, l'ouverture du réseau aux partenaires (associations, autres services municipaux, institutionnels) lors de certaines séquences permettrait aussi de partager les objectifs visés par l'ASV. Le mot « plaider » est apparu à plusieurs reprises, le réseau présentant l'avantage de pouvoir parler d'une seule voix, notamment face à des financeurs. Travailler en collectif permet de renforcer son argumentaire.

- **Des temps entre coordinateurs, des temps inter-acteurs**

D'une manière générale, les coordinateurs s'accordent à considérer que des temps entre coordinateurs sont essentiels : pour parler des difficultés, pour parler de la pratique, pour échanger sur des thématiques d'actualité (comme un tour de table sur les CLS par exemple), pour évoquer les stratégies, les limites, les réalités de territoires, les expériences de terrain...

Il est suggéré qu'une fois par an, un temps soit consacré à un échange inter-acteurs. Il pourrait en effet être intéressant de réunir les collectivités, dont la prise en compte de la santé est d'une certaine manière assez généraliste, et leurs partenaires qui ont plus une posture d'experts.

- **Des thématiques suggérées**

La présentation de l'actualité de la politique de la ville lors de la matinée a été appréciée. A visée informative, ces séquences permettent aux coordinateurs d'étayer leur argumentaire face aux partenaires. Une participante a également montré son intérêt pour bénéficier d'interventions extérieures pour travailler les évolutions législatives.

Une ouverture avec les autres thématiques du CUCS a aussi été évoquée : lien avec l'habitat, la prévention de la délinquance, la réussite éducative L'apport de connaissance sur des thématiques telles que la santé environnementale a aussi été proposé.

RésO Villes poursuit en indiquant qu'il est possible de construire une journée de réseau sur une thématique, en articulant l'apport de connaissance via une intervention externe, et le partage d'expérience via le témoignage d'un site (et pourquoi pas en invitant les partenaires de l'ASV à assister à cette séquence)

Méthodologie

Pour cette première rencontre, la moitié des ASV est représentée. RésO Villes propose de synthétiser les propositions en élaborant un questionnaire adressé à l'ensemble des coordinateurs de Bretagne et Pays de la Loire, en y ajoutant notamment des questions logistiques (fréquence des rencontres, ...)

✚ 3. La réalisation d'un état des lieux des ASV de Bretagne et Pays de la Loire

Rendre visible les démarches Ateliers Santé Ville de Bretagne et des Pays de la Loire et permettre l'interconnaissance entre les acteurs constituent les objectifs du réseau pour l'année 2013. Pour se faire, le Centre de Ressources souhaite réaliser un recensement des démarches ASV, état des lieux qualitatif pour contribuer à la reconnaissance et à la légitimité de ces démarches. Afin de construire cet état des lieux, il a été demandé aux participants de travailler sur deux questions : que souhaiteraient-ils donner à voir de leur activité ? Qu'aimeraient-ils connaître des autres ASV ? Les réponses à ces questions ont permis de lister un certain nombre d'éléments à faire figurer dans une fiche-identité à faire remplir par chaque ASV.

Les échanges ont tout d'abord porté sur la sollicitation très fréquente des ASV pour remplir des enquêtes (enquête annuelle de l'Acisé, enquête sur la nutrition, enquête sur la participation) et qu'un certain nombre d'informations avaient déjà été données auprès de divers partenaires. D'autre part, il existe d'autres sources d'informations, comme la plateforme OSCARS sur laquelle on peut trouver des fiches actions. La précaution exprimée était de ne pas charger le coordinateur ASV d'un nouveau travail de remplissage d'enquête et ne pas multiplier les sources d'information.

Certains participants ont rappelé que la plupart des enquêtes ne permettait pas vraiment de « donner à voir » car il s'agit souvent de remplir des cases pour un traitement statistique. Les résultats ne sont pas qualitatifs et ne permettent pas vraiment de comprendre comment fonctionne un ASV. Concernant les fiches actions existantes, les données sont souvent déconnectées d'informations concernant la structure, les partenaires et les réalités de terrain. En définitive, le caractère opportun de cet état des lieux a été exprimé, dans la mesure où, en développant un regard analytique et non factuel, il pouvait servir en tant qu'outil de communication des ASV.

21

Les participants ont ensuite listé un certain nombre d'informations qu'il leur semblait judicieux de voir figurer dans un tel document :

- Portage de l'ASV : Ville, association, GIP
- Instance de suivi : composition du comité de pilotage et comités technique
- Les élu-e-s référent-es
- Les partenaires opérationnels avec qui l'ASV construit ses actions
- Moyens financiers : source et affectation (fonctionnement et actions)
- Les actions réalisées : pas une description détaillées de toutes les actions pilotées par l'ASV, mais un descriptif de quelques lignes des actions phares
- L'adhésion ou la participation de la structure qui porte l'ASV à d'autres réseaux (villes OMS – réseau addictologie ...)
- L'articulation de l'ASV avec d'autres thématiques : prévention de la délinquance, rénovation urbaine, emploi insertion ...

- Indication du nom et coordonnées des partenaires institutionnels : élu-e-s , chef de projet politique de la ville, déléguée du préfet, interlocuteurs DDCS et DT ARS, interlocuteur Conseil Général
- Informations concernant la coordination : combien d'ETP ? Si une personne à mi-temps, quelle est l'autre fonction occupée ? Combien de coordinateurs se sont succédé depuis la mise en place de l'ASV ?
- La réalisation d'un diagnostic et son actualisation
- Articulation avec des thématiques du CUCS (ex : PRE). En préciser les modalités.
- La réalisation d'un bilan d'activité, les outils de suivi des actions utilisés
- La plus-value de la démarche ASV, l'impact sur son territoire. Cette question permet une appréciation qualitative de la démarche ASV, et donne à voir sur l'utilité sociale et territoriale de son activité.

Méthodologie

Les différentes suggestions apportées lors de cette séquence vont permettre d'affiner une grille de lecture des ASV préparée par RésO Villes.

L'idée est évoquée que RésO Villes pré-remplisse les fiches avec les données factuelles, notamment celles qui ont été remplies lors de l'enquête annuelle. Les coordinateurs semblent malgré tout être ceux qui disposent du plus de ressources pour remplir efficacement la fiche.

Proposition d'une méthode de travail : RésO Villes synthétise les idées évoquées par les coordinateurs et élabore une grille de question à faire remplir dans un premier temps par les coordinateurs. Suite à ce premier aller-retour, RésO Villes pourra harmoniser et compléter les fiches via des entretiens téléphoniques avec les coordinateurs.

Les suites

- ✓ RésO Villes rédige le compte-rendu de la rencontre
- ✓ RésO Villes adresse un questionnaire à l'ensemble des coordinateurs ASV pour préfigurer la prochaine rencontre du réseau et les suivantes
- ✓ RésO Villes adresse une grille de questions à remplir par chaque site ASV pour la réalisation de l'état des lieux
- ✓ La prochaine rencontre du réseau sera l'occasion de mettre en commun les différentes informations reçues par le Centre de Ressources.

La prochaine rencontre aura lieu au cours du 2^{ème} semestre 2013. RésO Villes sera vigilant quant à la proposition d'une date qui ne soit pas en conflit avec d'autres rencontres sur la santé (ex : Formation santé Acsé CNFPT 2013).