



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2007 –

« ANIMATION TERRITORIALE DE SANTE, ATELIER SANTE-VILLE :
QUELLES COMPLEMENTARITES ? »

– Groupe n°16 –

- ALMARCHA Caroline
- BARAT Solenne
- BEN LAKHDAR Hanen
- BOUE Sylvie
- FERREY Patricia
- FLOREANI Sylvie
- LAUROUA Jeanne
- PERRET Jérôme
- SAMIERI Guy
- TOMASSI Hervé
- TOUZARD Henri-Jacques

Animateur

–M. Jean-Pierre NICOLAS

Sommaire

Introduction.....	1
1. Deux modalités de réponse aux enjeux de la territorialisation de la promotion de la santé	5
1.1.L’animation territoriale de santé : une expérimentation régionale à l’échelle des pays.....	5
1.1.1. Le contexte et le dispositif d’ATS en Bretagne	5
1.1.2. Les points forts ressortissant de cette expérience	6
1.2.Les ateliers santé-ville : une impulsion nationale en faveur des quartiers prioritaires	7
1.2.1. L’ASV s’inscrit dans une stratégie de développement territorial.....	8
1.2.2. Forces identifiées de l’ASV	9
2. Le regard des acteurs et la réalité des pratiques en Bretagne.....	11
2.1.Les enjeux des acteurs dans la détermination du dispositif de promotion de la santé	11
2.1.1. Au niveau déconcentré.....	11
2.1.2. Au niveau décentralisé	11
2.1.3. D’un point de vue institutionnel.....	12
2.1.4. Pour les populations	12
2.2.La réalité des pratiques des acteurs bretons	13
2.2.1. Un dispositif à logique unique: animation territoriale de santé (ATS) ou atelier santé-ville (ASV).....	13

2.2.2. Des recherches de complémentarités mais des résultats à géométrie variable	15
3. Éléments de réflexion pour une complémentarité effective	17
3.1. Envisager la complémentarité sous l'angle de l'aménagement du territoire	17
3.1.1. Rechercher le niveau d'intervention pertinent	17
3.1.2. Positionner et clarifier les compétences des différents acteurs	19
3.2. Envisager la complémentarité sous l'angle organisationnel.....	19
3.2.1. Vers un pilotage commun des ATS et des ASV	20
3.2.2. Améliorer la cohérence de l'organisation par une animation concertée voire mutualisée.....	21
CONCLUSION	23
Bibliographie	25
Documents annexes uniquement joint au rapporteur du groupe	

Remerciements

Les membres du groupe MIP 16 tiennent à remercier l'ensemble des personnes rencontrées lors des visites sur site ou interrogées par téléphone, pour leur disponibilité et la qualité des échanges.

Nous tenons tout particulièrement à remercier M. Jean Pierre NICOLAS et M^{lle} Soazig HENRY pour leur soutien moral, méthodologique et logistique ainsi que leur accompagnement tout au long de notre réflexion.

Enfin, nous tenions à faire part de notre réel intérêt pour la problématique de territorialisation des politiques de santé publique étudié dans le cadre de ce module interprofessionnel et du travail mené en groupe.

Liste des sigles utilisés

AHB : Association Hospitalière de Bretagne
ATS : animation territoriale de santé
ASV : atelier santé-ville
CLIC : Comité Local d'Information et de Coordination
COB : centre ouest Bretagne
CRSP : comité régional de santé publique
CUCS : contrats urbains de cohésion sociale
DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DATAR : Délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale
DGS : Direction générale de la santé
DIV : Délégation interministérielle à la ville
DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
GRSP : Groupement Régional de Santé Publique
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ORS : observatoire régional de la santé
PACA : Provence-Alpes-Côte-D'azur
PRSP : programme régional de santé publique
SROS : Schéma régional d'organisation Sanitaire
ZUS : zone urbaine sensible

Introduction

Dans les années 80, les processus de territorialisation de l'action publique ont été introduits en France. Ils s'appuient sur les rapports Dubedout¹, Schwartz² et Bonnemaison³ qui préconisaient une meilleure adéquation entre les modalités de prises en charge, les attentes et les besoins des professionnels et des populations au niveau local.

L'action publique contractuelle se développe alors. Elle repose sur des procédures de concertation et de portage conjoint des dossiers, voire sur des co-financements entre représentants de l'Etat, organismes de sécurité sociale et collectivités territoriales.

Il faut attendre les années 90, avec l'émergence des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS), pour que ce processus de territorialisation s'étende au domaine de la santé. La région apparaît alors comme le territoire de proximité permettant de conduire une planification et une régulation tenant compte des réalités locales.

Parallèlement, le concept de santé évolue. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme «un état complet de bien être physique, mental et social ». Progressivement, l'interaction entre les facteurs environnementaux (physiques, économiques, sociaux, psychologiques, culturels) et la santé aboutit à une nouvelle notion : la « promotion de la santé ». Elle est formalisée par la Charte d'OTTAWA adoptée en novembre 1986 lors de la conférence internationale pour la promotion de la santé.

La promotion de la santé a pour but « de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et les moyens de l'améliorer ». Cette notion englobe tous les secteurs de la vie quotidienne : habitat et urbanisme, transport, environnement professionnel, loisirs, relations sociales. Elle amorce aussi la notion de santé communautaire en envisageant la participation des populations aux décisions les concernant.

La loi relative à la santé publique du 9 août 2004 s'inscrit dans ce contexte en pleine mutation. Par la régionalisation des politiques de santé publique à travers le Programme

1 DUBEDOUT H, rapport de 1983 "ensemble : refaire la ville, rapport au premier ministre du président de la Commission Nationale pour le développement social des quartiers.

2 SCHWARTZ Bertrand, rapport 1981 " la remise en jeu économique et sociale des jeunes"

3 BONNEMAISON Gilbert, rapport 1982 "face à la délinquance"

Régional de Santé Publique (PRSP) et le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP), cette loi cherche à rationaliser et à simplifier l'organisation du système tout en offrant un espace pour le développement des pratiques innovantes.

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales convie les collectivités territoriales à participer à la mise en œuvre des PRSP. En effet, aménagement du territoire, réduction des inégalités et santé paraissent à présent indissociables. La politique de santé ne constitue pas seulement une politique sectorielle dont l'individu serait le seul bénéficiaire : elle participe à l'objectif de cohésion sociale. Cependant, ce lien reste encore peu lisible pour les élus locaux qui, selon leur sensibilité, tardent à s'investir dans une démarche qui reste aujourd'hui optionnelle.

Constatant une contradiction entre des indicateurs sociaux économiques favorables et des indicateurs de santé inférieurs à la moyenne nationale (espérance de vie, taux de suicide), la Bretagne s'est très rapidement saisie des questions de santé en initiant une démarche expérimentale de territorialisation de la santé publique.

L'expérimentation bretonne en matière d'animation territoriale de santé (ATS) a ainsi été mise en œuvre en 2002 par le Comité Régional de Santé Publique (CRSP). Elle s'appuie sur l'échelon du Pays, considéré comme un territoire de projet pertinent, par son ancrage historique, culturel, son étendue géographique⁴ et sa cohérence avec les espaces d'attractivité des hôpitaux de proximité. Cette expérimentation concerne actuellement 6 pays et une ville.

Parallèlement, une autre démarche s'est diffusée sur de nombreuses villes françaises comportant au moins une zone urbaine sensible (ZUS). Il s'agit des ateliers santé-ville (ASV), dont la généralisation est prévue dans le cadre de la mise en place des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS).

En conséquence, la Bretagne voit se développer deux dispositifs de territorialisation de la promotion de la santé : l'animation territoriale de santé et les ateliers santé-ville. Ces deux dispositifs n'interviennent pas, en principe, à la même échelle. Schématiquement, l'ASV se situe au niveau du quartier, au plus près des habitants, alors que l'ATS se situe à un échelon plus global, au niveau du pays. La mise en place de ces dispositifs n'a pas été nécessairement coordonnée et dès lors se pose la question de leur complémentarité.

⁴ Seules 5 communes ne sont pas couvertes par le découpage en pays

Après avoir présenté les caractéristiques et les enjeux de ces deux dispositifs (I), puis analysé le regard des acteurs et la réalité des pratiques (II), il conviendra d'identifier des solutions et des pistes de réflexion pour envisager une complémentarité effective (III).

1. Deux modalités de réponse aux enjeux de la territorialisation de la promotion de la santé

1.1. L'animation territoriale de santé : une expérimentation régionale à l'échelle des pays

En Bretagne, dès les années 60 sont constituées des zones d'attraction, ancêtres des pays actuels. Les premières expériences d'ATS apparaissent en 2000 dans la région Nord Pas de Calais.

1.1.1. Le contexte et le dispositif d'ATS en Bretagne

A. Un ancrage marqué des Pays : un contexte particulier

En Bretagne, l'expérimentation a été décidée par le Comité régional des politiques de santé, sur proposition du comité des Directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales en mars 2002. Le premier ATS a été mis en œuvre dans le pays de Guingamp en 2003. Il existe à ce jour 6 pays et une ville inscrits dans ce dispositif : la Ville de Rennes et les Pays suivants : Centre Ouest Bretagne, Guingamp, Trégor Goëlo, Saint Malo, Vitré, Ploërmel.

Débutée en 2003, l'expérience d'animation territoriale de santé en Bretagne entre ainsi dans sa cinquième année.

L'objectif est de mettre en place des points d'appui locaux pour la réalisation de la politique régionale de promotion de la santé publique, articulés avec les programmes nationaux et départementaux. Ces points d'appui ont pour fonction d'articuler les interventions des acteurs du champ de la santé, du social et du médico-social sur des territoires de projets (pays ou agglomérations principalement). Cette orientation permet une prise en compte des autres politiques locales : logement, culture, éducation, transports, emploi, ...

L'animation territoriale de santé contribue ainsi au développement d'un espace territorial de santé, ce qui implique de rechercher la participation des élus, des populations et des acteurs de terrain.

B. Le dispositif d'ATS

Le promoteur de l'ATS est une entité politique. Le choix de la dimension pays est une opportunité de mutualisation de moyens pour des communes ou communautés de communes rurales insuffisamment dotées pour agir seules. Le caractère opérationnel des pays repose à la fois sur :

- une logique de proximité, les pays étant des territoires de projets
- une logique de légitimité historique et culturelle propre à la Bretagne, rendant le découpage actuel des différents pays pertinent.

Le dispositif se structure autour :

- **du comité de pilotage régional** composé de la DRASS, de l'URCAM, du Conseil régional, de l'ARH, du Conseil général et des promoteurs locaux (pays et villes). Ses missions consistent à fixer le cadre général de l'expérimentation, à valider le cahier des charges, les contrats locaux, l'état des lieux et les projets d'action. Il assure également le suivi de l'expérimentation et donne un avis sur la poursuite de l'expérience au vu d'un bilan annuel.

- **du comité de pilotage territorial**, qui regroupe le coordonnateur du projet et des représentants de la DDASS, de la CPAM, des collectivités locales concernées, des usagers ainsi que des acteurs libéraux de santé. Ses missions sont de collaborer à la réalisation de l'état des lieux ainsi qu'à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des actions.

- **du comité d'appui technique et de conseil local**, constitué de personnes ressources et de représentants de chaque financeur, qui assiste l'animateur territorial et conseille le comité de pilotage territorial.

- **de l'animateur territorial**, dont le poste est financé par l'Etat, l'assurance maladie et le promoteur, à hauteur d'un tiers chacun. Il assure la coordination et l'animation de la démarche sur le territoire.

1.1.2. Les points forts ressortissant de cette expérience

L'ensemble des pays engagés dans le dispositif a réalisé son diagnostic et a défini son projet territorial de santé. De plus, de nombreuses actions sont en cours sur des sujets faisant l'objet d'un partenariat entre de multiples acteurs : élus, DDASS, CPAM, acteurs locaux,... L'animateur territorial de santé travaille en permanence à développer et entretenir le réseau de participants au projet territorial de santé.

- La coordination des acteurs et des actions

L'animation territoriale de santé permet une mise en cohérence des actions entreprises dans le cadre d'un programme de priorités de santé identifiées et hiérarchisées. Elle permet également d'assurer une meilleure identification des acteurs entre eux, un partenariat renforcé et la diffusion de bonnes pratiques.

- L'information et la communication

Chaque territoire a développé des outils d'information et de communication à destination du public, que ce soit à travers la presse locale ou par échanges informatiques entre partenaires d'un pays.

- La connaissance des territoires

La phase de diagnostic a permis un approfondissement de la connaissance du territoire en matière de santé. La phase de mise en œuvre du projet de territoire permet une meilleure connaissance de la capacité de mobilisation des ressources locales et donc de la vitalité sociale.

- La participation de la population

Des rencontres publiques ont été organisées sur l'ensemble des territoires, la participation des usagers est réelle. Elle demande néanmoins à être réfléchi quant à sa forme. L'ambition est de faire participer des citoyens, sans qu'ils soient obligatoirement impliqués dans le champ sanitaire ou associatif.

- La participation des élus

Elle se confirme tout au long de l'expérience. Même si tous les élus qui devraient l'être ne sont pas impliqués, la plupart se sent aujourd'hui concernée par les questions de la promotion de la santé.

1.2. Les ateliers santé-ville : une impulsion nationale en faveur des quartiers prioritaires

Le constat d'inégalités croissantes de santé en France et l'état de santé des personnes en situation de précarité, ont conduit les pouvoirs publics à une approche globale de la problématique santé-précarité. Afin d'optimiser le lien entre le PRAPS, dont le volet lutte anti-exclusion vise un public précaire, et le volet santé des contrats de ville, l'Etat a mis en place un dispositif innovant en direction des populations des quartiers : l'Atelier Santé-Ville. Ce dispositif permet la programmation et la mise en cohérence d'actions de santé

au niveau local ainsi que l'optimisation des ressources. « L'ASV est la matrice locale pour animer, adapter et renforcer les différents axes de la politique de santé publique »⁵

1.2.1. L'ASV s'inscrit dans une stratégie de développement territorial

Les ASV ont été créés à la suite du comité interministériel à la ville du 14 décembre 1999 qui a défini les orientations de la politique de la ville en matière de santé. Leur cadre de référence et leur cahier des charges sont précisés dans la circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000. Les ASV ont été mis en place de manière expérimentale dans deux régions pilotes : Ile de France et Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA).

Le comité interministériel à la ville du 9 mars 2006 et la circulaire du 4 septembre 2006⁶ prévoient une montée en puissance du dispositif et sa généralisation à l'ensemble des territoires, comportant au moins une ZUS, dans le cadre des contrats urbains de cohésion sociale⁷ (CUCS). L'objectif général des ASV est de réduire les inégalités territoriales et sociales en matière de santé grâce à l'articulation dynamique entre la politique de la ville et la politique de santé. Aujourd'hui, 160 ASV sont répertoriés au plan national.

Il existe actuellement quatre ASV en Bretagne: à Vannes, Lorient, Brest, et le dernier sur un quartier de Rennes.

Pour assurer le pilotage du dispositif et impulser une première dynamique, il est nécessaire de mobiliser des acteurs clés : DDASS, préfecture, sous-préfecture, élus locaux, coordonnateurs, ... Il convient d'identifier au niveau local les besoins spécifiques et les déterminants de santé des populations en difficulté. La phase de bilan initial est indispensable à la construction d'un projet local de santé. Le diagnostic doit permettre une connaissance la plus fine possible des phénomènes sociaux et sanitaires des quartiers, des ressources existantes et des dynamiques locales mobilisables. Pour cela, il est indispensable d'impulser une démarche participative associant les professionnels et les habitants, qui doit se situer à tous les niveaux : du diagnostic partagé en passant par la définition des priorités jusqu'à l'évaluation. L'implication des populations est un facteur clé de réussite des actions de promotion de la santé.

5 Les « ateliers santé » ville éditions de la DIV, 2004

6 Circulaire DGS/DHOS du 4/09/2006 relative à l'élaboration des projets locaux ou territoriaux de santé publique et de développement des ASV.

7 Mis en place en 2007, en remplacement des contrats de ville.

Afin de faciliter la mobilisation et la coordination des différents intervenants, il est nécessaire de créer et de soutenir la mise en place de réseaux. Ces derniers varient en fonction des dynamiques et des actions de santé préexistantes au niveau local. Ce partenariat permet une approche globale et décloisonnée des problèmes de santé⁸ rencontrés plus fréquemment par les populations en situation de fragilité sociale.

Pour adapter les moyens d'intervention aux besoins des populations, l'ASV apporte des outils méthodologiques adaptables aux disparités des contextes et des ressources locales.

Le schéma de la méthodologie de projet, présenté en annexe, traduit dans son ensemble les articulations et les objectifs de l'ASV.

1.2.2. Forces identifiées de l'ASV

L'ASV permet de cibler une population en grande précarité et d'engager des actions pour améliorer l'état général de santé des personnes concernées. Il contribue à optimiser une meilleure continuité d'offre de soins dans des villes ou quartiers caractérisés souvent par des carences (garde médicale les soirs et week-end, information et éducation à la santé) et des besoins d'accompagnement du public visé.

Il incite les villes à la mise en oeuvre d'une politique de santé publique adaptée à l'échelon local. Il permet l'émergence d'un réseau actif entre les élus, la médecine de ville, l'Education nationale et les habitants. Ce partenariat s'élargit à des acteurs inhabituels de la santé publique (entreprises, associations, artisans,...) qui se sentent impliqués par des enjeux locaux de prévention. Dans le champ de la santé mentale, l'intervention d'un comédien, d'une formatrice en coiffure et d'une esthéticienne auprès du psychologue a permis la création d'un atelier « confiance en soi et développement personnel ».

Le financement conjoint de l'ASV par la ville et par l'Etat favorise le rapprochement des deux politiques au service des populations. Même si l'élaboration du dossier en est rendue plus complexe, il gagne en transparence, en cohérence et en harmonisation des pratiques.

⁸ La santé s'entend ici au sens de l'OMS

2. Le regard des acteurs et la réalité des pratiques en Bretagne

L'approche territoriale de promotion de la santé déterminée à partir des enjeux des différents acteurs peut aboutir, soit à un dispositif à logique unique, soit à la recherche de complémentarités, dont les résultats peuvent être à géométrie variable.

2.1. Les enjeux des acteurs dans la détermination du dispositif de promotion de la santé

2.1.1. Au niveau déconcentré

Il existe deux acteurs identifiés à l'échelon départemental (DDASS) et régional (DRASS), qui inscrivent leurs actions dans les ASV et les ATS.

La DDASS peut être, comme St Brieuc à l'origine de projets de créations d'ASV. En effet, avant la mise en place de ce dispositif, les DDASS étaient très sollicitées mais pas toujours en mesure d'apporter des réponses appropriées. De par leur création, les ASV devraient donc pouvoir répondre de manière plus appropriée à la technicité de certaines questions et promouvoir une politique de santé publique.

La DRASS, quant à elle, s'inscrit dans un rôle d'incitateur, en s'appuyant notamment sur le PRSP. Cependant, elle ne dispose pas de pouvoir coercitif et laisse une marge de manœuvre aux territoires et aux ATS pour proposer des actions en fonction de politiques locales spécifiques. Il existe une véritable liberté locale de choix dans le dispositif à mettre en place. Au-delà de leur rôle de garant de la cohérence de l'ensemble du dispositif, les DRASS accompagnent d'un point de vue financier et administratif la mise en place des ATS.

2.1.2. Au niveau décentralisé

Les élus des communes et des intercommunalités s'avèrent des partenaires incontournables. Ainsi, il convient de s'interroger sur leur rôle dans le paysage institutionnel de la santé publique, de préciser leurs attentes vis-à-vis de l'Etat et de mettre en avant leur engagement pour une politique de santé publique visant à réduire les

inégalités territoriales et sociales de santé. Dans cette optique, la méthode choisie consiste à établir un diagnostic partagé de l'offre et de l'organisation des soins, qui pose avec acuité la question de l'accès aux soins de certaines catégories de la population. A ce titre, des indicateurs de suivi et d'évaluation doivent être définis, qui croisent les approches sociale et sanitaire, réunissant l'ensemble des professionnels concernés autour de l'Etat et des collectivités locales.

La principale difficulté pour les élus réside dans l'appropriation des enjeux de santé et dans la nécessaire visibilité, en termes d'image, de la réalisation d'actions auprès de leurs populations. Il faut aussi contourner les logiques de pouvoir et les logiques institutionnelles qui amènent beaucoup d'élus à penser que la santé relève de la compétence de l'Etat.

2.1.3. D'un point de vue institutionnel

La culture de la santé publique n'est pas toujours suffisamment diffusée au sein des établissements hospitaliers, ces derniers restants avant tout axés sur le curatif. Si 58%⁹ des établissements de santé mènent une ou deux actions par an dans le domaine de la prévention en santé publique, ces dernières s'avèrent limitées en raison d'une insuffisance budgétaire¹⁰.

A titre d'exemple, suite au séminaire organisé le 13 Février 2003 à Rostrenen¹¹, l'Association Hospitalière de Bretagne¹² (AHB) a saisi l'opportunité de restructurer son activité en contribuant à l'émergence d'un projet territorial de santé globale. L'AHB a initié une meilleure prise en charge de la population sur le territoire qui a permis un développement économique et social en créant 25 sites d'accueil et de prise en charge et six établissements médico-sociaux.

2.1.4. Pour les populations

La promotion de la santé est le processus qui confère les moyens d'assurer aux populations un plus grand contrôle sur leur santé et de l'améliorer. La santé est en effet devenue une valeur sociale centrale, identifiée à l'accomplissement personnel.

9 Source : séminaire organisé par la Délégation Interministérielle à la Ville le 27 janvier 2005.

10 En moyenne, dans les hôpitaux publics seulement 6% des budgets sont consacrés à des actions de prévention.

11 Séminaire regroupant la DATAR, l'ORS, des élus de trois départements (22, 56, 29), les DDASS, des institutions, des associations et des bénévoles.

12 Centre hospitalier spécialisé privé participant au service public hospitalier.

En fédérant la population autour de projets sanitaires et sociaux, la ville de Brest a pu concevoir une politique d'action efficace en matière de santé. L'objectif est de mettre en place une éducation à la santé qui prenne en compte les multiples paramètres et qui rende les données accessibles et surtout mieux comprises des usagers. Par exemple, un atelier réunit les enfants et les parents autour de petit - déjeuners. Les modes opératoires consistent aussi en l'utilisation d'outils d'information et de communication comme les brochures...

A l'échelon du Pays COB, la proximité est un facteur déterminant en matière de promotion de santé publique. Ainsi, pour toucher certains publics, notamment les jeunes, adopter une approche par le biais du pays apparaît moins stigmatisant qu'une démarche purement sanitaire. Par exemple, sur l'action «Points d'accueil et d'Ecoute Jeunes », l'appellation de « pays » est privilégiée à celle d' « hôpital psychiatrique ».

2.2. La réalité des pratiques des acteurs bretons

2.2.1. Un dispositif à logique unique : animation territoriale de santé (ATS) ou atelier santé-ville (ASV)

A. Les Animations Territoriales de Santé

Elles constituent un atout dans une approche globale des besoins de santé de la population au niveau d'un territoire qui se situe généralement à l'échelle du Pays. Cependant, il existe des spécificités comme l'ATS de Rennes, dont le dispositif s'inscrit à l'échelle d'une ville. Par conséquent, l'ATS a pour mission globale la promotion de la santé pour tous dans une dimension égalitaire et démocratique.

La ville de Rennes dispose d'une ATS qui a souhaité favoriser une approche de santé spécifique sur 5 quartiers : Le Blosne – Maurepas – Villejean – Cleunay et Champs / Monceaux / Brequigny / Les Clôteaux. Le COB est également atypique, l'ATS intégrant dans ses missions des fiches actions ciblées relevant initialement des prérogatives d'un ASV.

Par ailleurs, les personnes âgées ne sont pas directement visées par l'ATS et bénéficient de l'action du Comité Local d'Information et de Coordination (CLIC). Ces deux acteurs

sont amenés à travailler en partenariat puisque le CLIC se voit convier à certains comités de pilotage.

Une des faiblesses de l'ATS réside dans l'approche exclusive de sa mission à destination des professionnels de santé et des élus, qui ne permet pas de se concentrer sur des publics particuliers. Les actions consistent à fédérer les acteurs autour de projets communs de prévention, à mobiliser les professionnels sur une étendue géographique plus importante que leur champ d'action traditionnel.

Il convient de souligner que le territoire d'intervention de l'ATS ne s'avère pas toujours être adapté notamment parce que le diagnostic est systématiquement réalisé au niveau du pays, même s'il existe des possibilités d'actions à des niveaux inférieurs (ex : Contrat Urbain de Cohésion Sociale).

En outre, une des problématiques majeures reste l'absence de budget propre, et donc la nécessité pour chaque animation de trouver des financements pour subventionner ses actions de santé.

B. Les Ateliers Santé Ville

Ils s'orientent pour leur part vers des actions en direction d'un quartier et d'une population ciblés. Le but est de limiter les inégalités de santé. Cette démarche s'adresse principalement à une population issue de zones urbaines sensibles et s'intègre à la politique de la ville. En effet, la ville paraît être un échelon pertinent pour appréhender les réalités de terrain. Toutefois, la ville de Brest présente un dispositif spécifique : c'est une « ville-quartier » constitué de 5 unités de vie de 20 000 habitants. De ce fait, l'ampleur de l'ASV la rend quasiment identique au champ d'action d'une ATS tout en conservant sa mission première de proximité.

Le montant des budgets des ASV s'élève, en moyenne, à 60 000 €¹³. Ce budget annuel, consacré essentiellement au poste de coordination, sans être négligeable, reste souvent bien en dessous d'autres budgets de contrats de ville.

Enfin, le recrutement des animateurs territoriaux de santé comme des animateurs santé ville s'inscrit dans le cadre d'un contrat à durée déterminée peu compatible avec la pérennité des actions et une réelle promotion de la santé. L'éducation nécessite une

13 Celui-ci varie dans une fourchette de 50 000 à 100 000 € selon l'importance des contrats de ville.

pédagogie se déterminant sur le long terme puisqu'elle vise la modification du comportement des usagers.

En résumé, chaque dispositif, que ce soit l'Atelier Santé Ville (ASV) ou l'Animation Territoriale de Santé (ATS), s'inscrit dans une logique propre et dépend d'une politique territoriale différente. Ainsi, les ASV s'inscrivent plutôt dans une réponse aux besoins de populations précaires alors que l'ATS développe une politique d'action plus générale qui permet également au monde rural de bénéficier d'actions de santé.

2.2.2. Des recherches de complémentarités mais des résultats à géométrie variable

A l'initiative de la Ville de Rennes qui disposait déjà d'un ATS et faisait partie d'un réseau ville-santé, les élus ont souhaité dans le cadre de la politique de la ville mettre en place en septembre 2006 un ASV sur cinq quartiers prioritaires. L'animatrice travaille en lien avec la chargée de mission de la politique de la ville. Pour remplir cette mission, l'animatrice a naturellement pris appui sur le plan local de santé 2005-2008.

Ainsi, la ville de Rennes bénéficie des deux dispositifs avec une déclinaison en deux thématiques :

- Des thématiques transversales avec les deux animatrices territoriales de santé sur l'ensemble du territoire : suivi et mise en œuvre des priorités du plan d'actions de promotion de la santé sur la ville ;
- Des thématiques des quartiers prioritaires dans le cadre d'un ASV avec un rôle d'appui aux chargés de mission politique de la ville, une veille aux problématiques ciblées de santé sur les cinq quartiers prioritaires, une mobilisation et une coordination des acteurs sur les quartiers ainsi qu'une mise en œuvre d'actions de santé avec les habitants.

Sur le terrain, ces deux logiques sont complémentaires mais souffrent d'un problème de positionnement des missions respectives et de lisibilité des actions proposées. De plus, certains professionnels et certains élus craignent une instrumentalisation qui leur ferait perdre leur autonomie au profit d'actions impulsées par le niveau national.

En Haute-Normandie où les ATS prennent l'appellation de réseaux, la mise en place de cinq ASV a été fortement impulsée par le Préfet sur les villes classées en niveau 1 des zones prioritaires : Evreux, Rouen, Le Havre, Vernon et Elbeuf. Ces ASV s'inscrivent

dans le cadre du volet santé de la politique de la Ville et sont proposées à l'occasion de la signature des CUCS.

La politique territoriale de santé se décline selon trois modalités :

- territoire avec CUCS et ASV,
- territoire avec CUCS sans ASV mais avec un volet santé qui s'articule alors avec un réseau local,
- territoire sans CUCS (zone rurale notamment) qui ne peut bénéficier que d'un réseau local.

Les stratégies d'intervention se complètent sur un même territoire :

- Pour les ASV, il s'agit de cibler une population pour l'impliquer dans la démarche de promotion de la santé. Par exemple, les actions peuvent viser à rendre effectif l'accès à l'offre de soins, comme les structures assurant le dépistage du cancer.
- Pour les réseaux locaux, il s'agit d'actions coordonnées visant une population générale, impliquant l'ensemble des habitants. Les actions peuvent ainsi s'intégrer sur un territoire géographique plus important autour de projets communs de prévention.

3. Éléments de réflexion pour une complémentarité effective

Les deux dispositifs semblent devoir être maintenus. En effet, il arrive qu'un pays ait mis en place une ATS mais qu'aucun ASV n'ait été proposé. Il s'agit alors de coordonner les acteurs et d'agir pour être visible auprès de la population et des élus. De même, une ville ne bénéficiant pas d'une ATS peut avoir mis en place un ASV. Il appartient alors à l'animateur d'inscrire son action dans le cadre des priorités définies par le PRAPS. La question de la complémentarité entre ces deux dispositifs se pose lorsqu'un ASV est mis en place dans une ville couverte par une ATS et réciproquement : il est alors indispensable d'apporter la lisibilité nécessaire à leur pérennisation.

Le développement des complémentarités ASV / ATS a pour objectif de rendre plus efficiente la promotion de la santé publique sur un territoire donné et d'éviter les doublons qui freinent l'action des acteurs et leur visibilité à l'égard du public. Il s'agit donc à la fois d'une question d'aménagement du territoire et d'une question d'organisation des acteurs et de leurs pratiques.

3.1. Envisager la complémentarité sous l'angle de l'aménagement du territoire

La complémentarité ATS/ASV pose deux questions : celle de la pertinence du niveau d'intervention d'une part, et celle de la cohérence des outils permettant de clarifier les compétences d'autre part.

3.1.1. Rechercher le niveau d'intervention pertinent

L'ATS procède d'une logique de pays donc de « territoire » ; l'ASV, d'une logique de quartier, donc « populationnelle ». L'amélioration de la complémentarité ATS / ASV pourrait passer par deux évolutions des modalités de mise en œuvre de la promotion de la santé publique : il s'agirait d'une part de faire évoluer la démarche d'ATS d'une logique de coordination à une logique d'action. Il serait d'autre part souhaitable d'étendre la démarche de CUCS à l'échelle plus large des agglomérations.

A. Faire évoluer la démarche d'ATS d'une logique de coordination à une logique d'action

Il ressort du cahier des charges des ATS que la mission confiée aux animateurs consiste essentiellement en un rôle de coordination entre les différents acteurs locaux, notamment les élus, les professionnels de santé, les chefs d'établissement scolaire, ...

En revanche, la démarche d'actions auprès de la population n'entre pas dans le champ de leurs compétences, ce qui pourrait nuire à la visibilité de l'ATS voire remettre en cause son efficacité. Cet élément peut constituer une difficulté dès lors qu'il s'agit de mobiliser et d'obtenir des financements auprès d'acteurs institutionnels exigeants en termes de résultats.

Il convient d'ailleurs de souligner que la multiplicité des partenaires et la diversité des domaines d'intervention rendent difficile la mise en œuvre d'une évaluation quantitative et qualitative commune. La mesure de l'impact des outils proposés sur la santé des populations reste à optimiser.

B. Etendre la politique de la ville et les CUCS à l'échelle plus large des agglomérations

Dans des secteurs où le tissu urbain constitue l'essentiel du pays, du fait de la conurbation des grandes villes notamment, des initiatives visant à agir à l'échelle de l'agglomération ont été conduites, par exemple, en Haute-Normandie : les ATS et les ASV ont été fusionnés dans des « ASV d'agglomération » (ex : Agglomération du Havre). Ce réaménagement procède d'une volonté d'optimiser les moyens mis en œuvre pour promouvoir la santé sur un territoire donné.

Pour bénéficier de toutes les synergies nécessaires au succès des ASV d'agglomération, il serait opportun de pouvoir regrouper les CUCS actuels dans un CUCS d'agglomération. La région Bretagne pourrait s'inspirer de l'initiative normande dans les pays urbains et péri-urbains et envisager de mettre en place des CUCS d'agglomération qui permettraient d'inscrire réellement la santé publique à l'échelle de ce territoire au même titre que l'éducation, la prise en charge sociale, l'habitat, ...

3.1.2. Positionner et clarifier les compétences des différents acteurs

L'enjeu est de trouver des clés d'entrée commune en termes d'actions de santé publique entre un dispositif spécifiquement dédié aux zones urbaines, l'ASV et un dispositif s'adressant à des zones plus vastes, et le cas échéant, plus rurales, l'ATS.

A. Elaborer des outils contractuels comparables selon le territoire concerné : CUCS et CRUCS

Pour coordonner les deux dispositifs, il est souhaitable qu'ils répondent à des objectifs partagés, définis en commun. Si les ASV s'intègrent au CUCS, les objectifs des ATS ne font pas l'objet d'une contractualisation comparable à celle des ASV. Il serait donc préférable que les ATS puissent s'intégrer à des Contrats URaux de Cohésion Sociale « CRUCS » qui définiraient leurs objectifs et leurs modalités d'action. Il sera alors possible de comparer CUCS et CRUCS et de mutualiser les actions des deux dispositifs.

B. Organiser l'action en mutualisant les éléments communs aux deux dispositifs

Un certain nombre d'éléments s'avèrent comparables voire identiques à la démarche mise en œuvre dans le cadre des deux dispositifs ATS / ASV. Il est donc regrettable de ne pas capitaliser systématiquement sur les travaux déjà réalisés et les réflexions déjà conduites sur un territoire. Ainsi, le diagnostic partagé réalisé pour définir les objectifs des ATS doit constituer la base de travail de l'animateur ASV nouvellement nommé et réciproquement. Il s'agira alors d'apporter de la plus-value à ce document en procédant à sa mise à jour ou en y apportant des éclairages nouveaux.

De même, il n'est pas souhaitable de multiplier les rencontres avec les professionnels de santé, dont les agendas sont déjà lourdement chargés. Il serait donc intéressant d'organiser des réunions communes ATS / ASV dès lors qu'elles font appel aux mêmes acteurs.

3.2. Envisager la complémentarité sous l'angle organisationnel

La complémentarité des deux dispositifs passe par la mise en place d'une « plate-forme » institutionnelle d'animation en promotion de la santé publique. Un pilotage commun doit être envisagé et la cohérence de l'organisation améliorée.

3.2.1. Vers un pilotage commun des ATS et des ASV

La supervision sous l'égide d'un seul pilote paraît judicieuse pour garantir la cohérence du dispositif. Plusieurs solutions sont envisageables :

A. Pilotage régional

Le pilotage pourrait être confié au niveau régional, qui semble, pour de nombreux analystes¹⁴, constituer un niveau pertinent pour la promotion de la santé publique. A terme, le GRSP pourrait se voir confier cette responsabilité. En effet cette structure disposerait des leviers financiers et des partenariats institutionnels nécessaires pour développer des stratégies de promotion de la santé efficaces et pour prendre en compte des populations et territoires prioritaires. Toutefois, cette structure n'étant pas encore opérationnelle en Bretagne, il est souhaitable d'envisager des modalités de coordination plus souples.

B. Pilotage par le sous-préfet d'arrondissement

L'animation et la promotion des ATS et des ASV, voire des CUCS d'agglomération, pourraient être laissées à un acteur interministériel en prise avec les réalités locales : le sous-préfet d'arrondissement. Ce dernier bénéficie en effet d'une approche territoriale plus large que celle de l'actuel sous-préfet à la ville et d'un champ d'actions plus large. Néanmoins, cette option ne semble pas s'inscrire dans la logique actuelle qui tend à confier ces missions aux collectivités territoriales.

C. Pilotage par les pays structurés

Les dispositifs d'animation territoriale ne sauraient être imposés par les services de l'Etat. Ils doivent être portés par les élus locaux qui, en s'y impliquant, ont un rôle majeur à jouer. Le pilotage par le pays semble être la solution la plus pertinente dès lors que ce niveau de coopération est opérationnel. Ainsi la plupart des 21 pays définis en Bretagne sont particulièrement structurés et actifs. Il s'avèrerait alors approprié de leur confier la responsabilité de porter la promotion de la santé, d'autant qu'ils financent pour un tiers le dispositif sur leur territoire.

¹⁴ Rapport du groupe Poles « Pour une régionalisation du système de santé en 2025 »

D. Pilotage par un COPIL animé par la DDASS

A défaut d'existence de pays structurés, un comité de pilotage associant financeurs, porteurs et animateurs-coordonateurs du projet, notamment les élus, est une option simple et efficace à mettre en œuvre. Ainsi, en Haute Normandie, où la notion de pays est peu opérationnelle, il n'est pas possible de faire porter l'animation par ces structures : un comité de pilotage réunit simplement les acteurs concernés à l'échelle du département.

3.2.2. Améliorer la cohérence de l'organisation par une animation concertée voire mutualisée

Il faut avant tout noter la forte volonté des acteurs de pérenniser les dispositifs de promotion de la santé et de les développer. Des évolutions pourraient contribuer à rendre les dispositifs ATS / ASV plus complémentaires. Certaines propositions sont rapidement réalisables ; d'autres appellent à une action sur le long terme.

A. Des pistes simples à mettre en œuvre à court terme

Des difficultés subsistent notamment du fait d'une relative méconnaissance réciproque des dispositifs. L'absence de banque de données répertoriant les actions et les acteurs existants renforce encore ce sentiment.

Une première étape consisterait donc à mettre en commun tous les documents relatifs à l'état de santé de la population, notamment le « diagnostic partagé », et toutes informations en lien avec la promotion de la santé publique. Il s'agit ensuite d'inviter systématiquement animateurs ASV et ATS aux réunions de terrain ou a minima de s'adresser mutuellement les comptes rendus. La mise en place d'un outil de communication, qui permette de partager et de faire circuler l'information, par exemple une lettre d'information santé commune ATS / ASV, distribuée par « mailing liste », peut également être envisagée.

B. Des évolutions souhaitables

D'autres propositions permettraient de renforcer la complémentarité des dispositifs d'ATS et d'ASV. Une animation commune des ASV / ATS pourrait notamment être envisagée mais il est vrai qu'au stade de démarrage, la charge de travail est trop conséquente pour envisager de confier l'animation des deux dispositifs à une seule personne. En revanche, lorsque le diagnostic partagé est achevé, l'animateur pourrait se consacrer à la

coordination de l'ATS et participer aux actions de terrain mises en œuvre dans le cadre de l'ASV.

Il serait également opportun d'engager une démarche de contractualisation avec les animateurs dans le cadre d'un contrat de travail pérenne, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui et ce qui les place dans une perspective professionnelle limitée. En effet, la durée des contrats des animateurs est variable d'un territoire à un autre, d'un financeur à un autre et ne permet pas d'inscrire la démarche dans le temps. Ce point constitue une problématique à résoudre prioritairement avant d'envisager une extension du dispositif ou des coopérations avec d'autres dispositifs. Ce contrat permettrait de fixer des objectifs précis qui permettent d'évaluer la pertinence du dispositif sur le territoire concerné.

Il faut noter que la notion « d'ASV d'agglomération », proposée en Haute-Normandie, est paradoxale : l'ambition des ASV est de mener des actions en proximité, ce qui ne paraît pas réalisable à l'échelle de l'agglomération. Toutefois cette stratégie permet d'envisager des actions à plus grande échelle et de développer une culture de la mutualisation. Par exemple, une sage-femme d'un hôpital sollicitée par un établissement scolaire pour intervenir sur la contraception pourrait inscrire sa démarche dans une dimension territoriale et toucher ainsi les élèves de plusieurs établissements. Au Havre, il existe un ASV et un réseau local d'agglomération sur le thème de l'addiction. Il s'agit donc de se rapprocher des animateurs de quartiers pour soutenir, compléter les actions mises en œuvre et proposer des formations communes à plusieurs villes. La coordination ASV / ATS peut également prendre la forme de points d'information-relais communs, un des meilleurs exemples étant la situation de Rouen, où le coordonnateur de l'ASV est le même que celui du volet santé du CUCS d'agglomération. De même, à Evreux, le diagnostic partagé réalisé par le réseau local va être mis à la disposition des deux ASV en projet.

La réussite de la complémentarité entre les dispositifs et, le cas échéant, leur coordination, dépend de la situation locale et des territoires existants. Il est essentiel de donner de la cohérence aux actions, le risque étant dans le cas contraire de démobiliser les acteurs. Il est enfin indispensable d'associer le chargé de mission CUCS et le coordonnateur ASV aux rencontres des réseaux locaux, ce qui permettra de développer une culture commune.

CONCLUSION

La question des complémentarités entre les ATS et les ASV se pose aujourd'hui avec une acuité particulière du fait de la multiplication des expérimentations des deux dispositifs sur les différents territoires de santé.

S'il apparaît que ces deux dispositifs procèdent de logiques différentes, logique de coordination pour l'ATS à l'échelle des pays, logique d'action sur les quartiers et les populations pour les ASV, la pertinence de leur action pour la promotion de la santé publique semble incontestable. Toutefois des ajustements peuvent être opérés pour trouver des synergies durables entre eux, tant au niveau de la pertinence des territoires couverts par les deux dispositifs, qu'au niveau organisationnel avec la question du pilotage de ces derniers.

En termes d'aménagement du territoire, la recherche du niveau pertinent d'intervention entre l'ATS et l'ASV est une question fondamentale pour répondre au mieux aux besoins de santé. L'objectif est d'éviter les chevauchements de compétences et la redondance de certaines actions qui nuisent à la promotion de la santé publique sur les territoires et à la recherche de financements auprès des partenaires institutionnels. Par ailleurs, une clarification des compétences des différents acteurs semble devoir s'imposer. La mutualisation des moyens des deux dispositifs semble incontournable à condition qu'un diagnostic partagé soit opéré à travers des cadres et des objectifs contractuels définis de manière précise.

Sur le plan de la problématique organisationnelle, la question du pilotage des structures renvoie à la question du financement de la politique de santé sur les territoires. On peut alors imaginer un pilotage régional, ou bien encore sous l'égide du Sous-préfet d'arrondissement, voire un COPIL par la DDASS. Quoiqu'il en soit une réflexion d'ensemble sur la gouvernance des politiques de santé publique semble devoir se poser à court terme pour obtenir des résultats à la hauteur des espérances générées par la loi de santé publique du 9 août 2004.

Finalement les réflexions issues de l'analyse des complémentarités entre ASV et ATS, traduisent plus globalement les interrogations actuelles relatives à la place accordée au préventif, en matière de santé publique, dans un univers jusqu'alors animé par une logique essentiellement curative. Cette place est liée à un problème de recherche de

financements et semble poser en filigrane la question de l'intérêt d'une régionalisation des politiques de santé publique ou en tout cas d'une décentralisation de celles-ci.

Bibliographie

Loi, décrets, circulaires.

- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
- Loi n° 1999- du 26 juin 1999 d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire
- Circulaire interministérielle DGS/DHOS/SD1A n° 2006-383 du 4 septembre 2006 relative à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de santé publique dans les territoires de proximité et le développement des ateliers santé ville.
- Circulaire interministérielle du 16 avril 2003 relative à l'expérimentation de démarches locales partagées de santé et d'action sociale et médico-sociale dans le cadre des projets territoriaux de développement.

Articles, revues, ouvrages.

- Santé, pour une politique de prévention durable », Rapport de l'IGAS « 2003
- « L'offre de soins par pays en Bretagne », URCAM de Bretagne, décembre 2005
- « La longue histoire des pays en Bretagne », Union des entreprises 35
- Revue « Le lien en COB (centre ouest Bretagne) pour les bénévoles et les professionnels des champs sanitaires social médico-social et éducatif » n°8 de mars 2007
- Revue «La santé de l'homme » n°383 : «La promotion de la santé à l'épreuve des territoires » François PETITJEAN - Médecin Inspecteur Régional Adjoint - DRASS Bretagne Rennes
- « Le bilan d'étape de l'Animation territoriale de santé en Bretagne » Patricia LONGLE, Novembre 2005
- « La prévention en matière de santé », rapport du Conseil économique et social, novembre 2003

Documents.

- Plan régional de santé publique : la Bretagne en santé, 2006-2010, Préfecture de région de Bretagne.
- Contrat de plan Etat région, La santé dans le pays du centre ouest Bretagne, DRASS de Bretagne
- Sur les chemins du pays centre ouest Bretagne décembre 2004 pays COB : un projet local coordonné de promotion et d'éducation à la santé pour améliorer le bien être et la

qualité de vie des habitants. Contrat urbain de cohésion social de l'agglomération Brestoise, 17 mars 2007.

- Point d'actualité sur le dispositif d'animation territoriale de santé Inspection régionale de la santé, DRASS Bretagne, Soazig HENRY

- « Territoire, santé publique et politique de santé au niveau local » DIV/DGS, Rapport d'étape des Ateliers Santé-Ville, mars 2004

- Actes du Séminaire du 27 Janvier 2005, « les élus et les programmes territoriaux de santé », Edition DIV, Août 2005