



## **Avis du Conseil National des Villes sur la mise en place des agences régionales de santé (ARS)**

**adopté au Bureau du CNV du 18 septembre 2008**



194, avenue du Président Wilson  
93217 Saint-Denis La Plaine cedex  
Tél. +33 (0)1 49 17 47 13  
Fax +33 (0)1 49 17 47 48  
cnv@ville.gouv.fr

[www.ville.gouv.fr/infos/cnv/](http://www.ville.gouv.fr/infos/cnv/)

## **Sommaire**

<b>I- Rappels</b> _____	P. 3
<b>II- Mode de travail</b> _____	P. 4
II-1- Calendrier	
II-2- Organisation du questionnement	
<b>III- Principaux points d'analyse</b> _____	P. 6
III-1- Bilan de certains aspects du système actuel	
III-2- Principales informations actuellement disponibles	
<b>IV- Synthèse des discussions</b> _____	P. 7
<b>du groupe de travail « Santé » du CNV</b>	
<b>V- Recommandations du Conseil National des Villes</b> _____	P. 8
V-1- <i>Inscrire la lutte contre les Inégalités sociales et territoriales de santé dans le cœur des objectifs des ARS, mais aussi des mécanismes de leur intervention.</i>	
V-2- <i>Intégrer la démocratie sanitaire et la démocratie locale dans le dispositif de gouvernance.</i>	
V-3- <i>Articuler les interventions de l'Agence avec les autres politiques publiques</i>	
V-4- <i>Quartiers en difficulté : l'occasion d'une véritable politique de santé urbaine</i>	
V-5- <i>Intervention de l'Etat : la nécessité d'une structuration infrarégionale forte</i>	
V-6- <i>Habitat indigne et santé</i>	
V-7- <i>Les contrats locaux de santé publique (CLSP)</i>	

### **Conseil National des Villes – Groupe de travail « Santé »**

#### **Co-présidents, membres du CNV**

M. François PUPPONI, député-maire de Sarcelles

M. Luc GINOT, médecin, service communal hygiène et santé, Aubervilliers

#### **Participants au groupe de travail**

M. Hassan BEN M'BAREK, président de l'association Citoyenneté et démocratie

Mme Etienne MONTANANT, représentant la Fédération syndicale unitaire (FSU)

M. Jean-Luc ROELANDT, médecin psychiatre de secteur

#### **Correspondant pour le CNV**

Pierre BERTON, Secrétaire général

Le Conseil National des Villes a pris connaissance du projet de création des Agences régionales de santé (ARS), et des modifications fondamentales que cette création va entraîner.

Le groupe de travail « Santé » du CNV a donc décidé de constituer un atelier dédié à l'impact de la mise en place des ARS sur la politique de la ville et plus généralement sur les politiques publiques dans les quartiers.

## I- Rappels

**I-1-** Le CNV rappelle l'importance qu'il a attaché, à plusieurs reprises, à l'organisation de la santé publique en France.

Comme chacun sait, notre pays connaît les **inégalités sociales de santé** parmi les plus fortes des pays développés. Il est acquis aujourd'hui que ces inégalités sociales de santé trouvent leurs sources, en France comme ailleurs, dans le fonctionnement général de la société (éducation, revenus, pauvreté, politique fiscale, discriminations, habitat, environnement...), et plus marginalement dans le système de santé lui-même. Il est acquis également que ces inégalités sont « continues » tout au long de l'échelle sociale, et ne concernent pas les seuls « exclus ».

La France connaît parallèlement des **inégalités territoriales de santé** majeures : ainsi, les quartiers de la politique de la ville sont caractérisés à la fois par un état de santé des habitants plus dégradé qu'ailleurs, et par un système de soins en grande difficulté. Inégalités sociales et inégalités territoriales interagissent et se potentialisent, comme en témoignent plusieurs publications scientifiques.

Le CNV fait siennes sur ces sujets les conclusions développées par l'ONZUS<sup>1</sup>, par les équipes scientifiques de l'INSERM<sup>2</sup>, ou par le colloque récent de l'INPES<sup>3</sup>.

Ces conclusions rejoignent par ailleurs le rapport paru très récemment de l'Organisation Mondiale de la Santé.

**I-2-** A ce titre, le CNV a manifesté récemment son attachement au dispositif des **Ateliers Santé Ville (ASV)**, en insistant, après un long processus d'analyse, sur la nécessité de sa pérennisation et de son extension, et en préconisant les règles suivantes :

- rendre obligatoire un ASV dans chaque CUCS<sup>4</sup>,
- pas de Plan régional de santé publique (PRSP) sans référence aux ASV,
- pas d'ASV sans politique concernant toute la population de la ville,
- pas de dispositif sans pérennisation,

---

<sup>1</sup> Observatoire national des zones urbaines sensibles.

<sup>2</sup> Institut national de la santé et de la recherche médicale.

<sup>3</sup> Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

<sup>4</sup> Contrats urbains de cohésion sociale.

- intégration des politiques de prévention en santé mentale dans les ASV,
- consultation des ASV sur l'offre de soins hospitalière et libérale,
- implication des Conseils généraux et régionaux,
- mutualisation des acquis et méthodes.

**I-3-** Le CNV souligne une nouvelle fois quelques principes politiques généraux, qu'il défend dans tous les domaines, et qui sont particulièrement en jeu dans la transformation envisagée du système de santé :

- **territorialisation et priorisation** des politiques publiques en faveur des zones et des groupes sociaux les plus en difficulté,
- **mobilisation des politiques de droit commun** sur les quartiers sensibles, qui ne relèvent pas seulement du Ministère de la Ville,
- **partenariat entre l'Etat et les collectivités territoriales**, représentées par leurs élu(e)s.

C'est à l'aune de ces principes que le CNV s'est intéressé au projet de création d'ARS.

**I-4-** Enfin, le CNV a pris acte du volet santé du Plan Espoir Banlieues : plusieurs membres du CNV ont regretté que les mesures proposées par le Ministère de la Santé soient très en deçà des espérances des acteurs, loin des annonces précédentes.

Par ailleurs, le document de presse du plan laisse entendre que les modifications de structures envisagées dans le domaine de la santé pourraient freiner la généralisation de certaines des mesures proposées (contrats locaux de santé publique).

## II- Mode de travail

### II-1- Calendrier

Le CNV a mis en place en son sein un atelier consacré à l'examen des données disponibles sur les ARS. Les membres de cet atelier ont travaillé à partir des seuls documents publics actuellement disponibles :

- rapport de M. RITTER, Préfet,
- rapport de M. BUR, député,
- rapport FLAJOLET, député,
- avis de la Conférence nationale de santé (CNS),
- avis de la Société française de santé publique,
- communications gouvernementales sur la RGPP<sup>5</sup>.

Ils ont auditionné lors de la journée du 3 juillet 2008 plusieurs acteurs :

- Philippe BARAIZE, directeur de la santé publique à la ville de Marseille,
- Laurent ELGHOZI, association Elus, Santé publique & Territoires,
- Didier FEBVREL, chargé de mission, responsable des ASV de la ville de Marseille,
- Alain LOPEZ, Inspection générale des affaires sociales (IGAS).

La Direction générale de la santé n'a finalement pas souhaité être auditionnée.

Un rendu d'étape de ce travail a été fait devant l'Assemblée générale du CNV tenue au Havre le 10 juillet 2008 ; l'Assemblée générale a demandé l'introduction, dans le projet d'avis, de questions complémentaires (notamment liées à l'habitat indigne).

Enfin, le CNV a pris connaissance du contenu du projet de loi, dont il n'a pas été saisi à ce jour.

---

<sup>5</sup> Révision générale des politiques publiques.

## II-2- Organisation du questionnaire

La réflexion s'est organisée sur une série de questions, reprises dans l'encadré ci-après :

### **Structuration du questionnaire proposé par l'atelier du groupe de travail « Santé » du CNV**

#### **Les inégalités sociales et territoriales de santé**

##### **Quelle prise en compte des inégalités sociales de santé (ISS) ?**

On sait que les inégalités sociales de santé se jouent pour l'essentiel à l'extérieur des mécanismes propres au champ sanitaire (et a fortiori au système de soins). Comment éviter que le regroupement du sanitaire dans un champ autonome, et fortement marqué par la dimension de soins, conduise à une aggravation de la mauvaise prise en compte des déterminants socio-économiques de la santé ?

##### **Quelle prise en compte des inégalités territoriales de santé (ITS) ?**

Les inégalités territoriales de santé sont extrêmement fortes dans certaines régions. Les réduire signifie que l'appareil de pilotage ait l'œil rivé non seulement sur les contraintes économiques et organisationnelles, mais aussi sur les priorisations et les choix d'équité territoriale. Les ARS vont-elles mieux répondre à cet objectif que les actuelles ARH ?

#### **La pluridisciplinarité**

##### **Quelle articulation pour le trinôme santé/social/ville ?**

Aujourd'hui, les DDASS<sup>6</sup> assurent une forte articulation entre politique sociale, politique sanitaire, politique de développement urbain. Avec la disparition de ces équipes, comment éviter que la politique de la ville oublie le champ sanitaire, que l'ARS oublie le champ social, que le champ social soit réduit à des mesures réparatrices ?

##### **Quel cadre pour le partenariat et notamment le partenariat intersectoriel ?**

La politique de la ville en est le témoin permanent : les grandes avancées en santé publique passent par des partenariats nationaux, régionaux, locaux, entre acteurs de santé et autres acteurs. Les programmes doivent dans leurs cahiers des charges, leurs objectifs, leurs modalités d'évaluation, favoriser ce partenariat. Comment les ARS vont-elles inscrire cette contrainte dans leur fonctionnement ? Quelle articulation entre ARS, ACSE<sup>7</sup>, et autres agences ?

### **Les acteurs**

##### **Quel devenir pour les équipes territoriales ?**

Dans les grandes régions (Ile-de-France, PACA...), l'échelon départemental est celui au sein duquel des mutualisations, des systèmes d'échanges ont été créés : c'est à cet échelon que les DDASS, les Conseils généraux, les CPAM<sup>8</sup> ont parfois noué des partenariats étroits et adaptés au terrain. Que vont devenir ces partenariats ? Il en est de même, par effet « ricochet » des équipes de l'échelon local.

##### **Quel va être le devenir des ASV ?**

Ce dispositif est d'une double importance : il se situe à l'interface de la politique de droit commun et de la politique santé, et donc contribue fortement à la stratégie globale de mobilisation du droit commun. Et il constitue, actuellement, le principal outil de territorialisation et de diagnostic local en santé.

##### **Quelle place pour les élus ?**

Les Conférences régionales de santé (CRS) et les Groupements régionaux de santé publique (GRSP), de façon inégale certes, ont permis la mise en place d'une co-élaboration entre services de l'Etat et collectivités locales représentées par leurs élus. Comment ces acquis, qui — notamment à travers les ASV et leur utilisation partagée, ont permis la généralisation de programmes locaux de santé publique, vont être pérennisés et amplifiés dans le nouveau système ?

<sup>6</sup> Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales.

<sup>7</sup> Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances.

<sup>8</sup> Caisses primaires d'assurance maladie.

## III- Principaux points d'analyse

### III-1- Bilan de certains aspects du système actuel<sup>9</sup>

La mise en place des ARS s'inscrit dans le prolongement de la loi de 2004 et de la création des Groupements régionaux de santé publique ; les auditions, comme les informations recueillies par ailleurs, montrent un bilan contrasté des GRSP au regard des principes défendus par le CNV.

En région PACA, où d'assez nombreuses collectivités locales ont adhéré au Groupement, il semble que les processus administratifs aient pris le dessus sur la co-élaboration d'une politique, et que les élus se soient finalement découragés dans leur participation au Groupement.

En Ile-de-France au contraire, et bien que le nombre de collectivités adhérentes soient beaucoup plus faible, l'impression générale est celle d'une démarche mieux partagée. En particulier, sous l'impulsion conjointe du GRSP, deux institutions au sein desquelles les collectivités territoriales sont intervenues régulièrement, le Programme régional de santé publique (PRSP) a affiché une volonté forte de réduction des ISS et ITS, et a choisi de cibler de façon non négligeable les quartiers en difficulté.

### III-2- Principales informations actuellement disponibles

**Le périmètre d'intervention des Agences** semble désormais englober la quasi-totalité de ce qui, au sein de la politique sanitaire de l'Etat, impacte les quartiers en difficulté : système libéral, prévention, hôpital, médico-social. Seules la santé scolaire (en lien direct avec les difficultés dans les quartiers) et la santé au travail (qui pose d'autres types d'interactions) resteraient à l'écart. La question de l'articulation avec les « fondamentaux sous-jacents » (insertion, habitat, environnement...) semble à clarifier, de même que celle de l'articulation avec les compétences santé des Conseils généraux (PMI<sup>10</sup> notamment).

A la lecture des rapports, et après les auditions, **la prise en compte spécifique des territoires en difficulté**, et notamment des quartiers en politique de la Ville n'est exprimée que marginalement. La notion de territoire semble envisagée de façon générique. L'articulation avec le volet santé des CUCS n'est pas discutée, et l'acquis important que constituent les ASV n'est abordé que sous une forme allusive. Seul le rapport Flajolet comporte d'importants développements sur les inégalités territoriales, mais ce rapport est relativement périphérique dans la mise en place des ARS.

De même, si le principe d'**une implication des collectivités locales et des élus** est réaffirmé, leur mode d'association reste à fixer : d'une part, l'architecture institutionnelle est encore incomplète (en particulier, nature et fonctions du/des conseils de l'Agence sont à préciser, de même que l'articulation avec la Conférence régionale de santé) ; d'autre part, des clarifications sont nécessaires sur l'apport attendu de ces élus. Ce flou contraste avec l'affirmation claire et réitérée, d'une gouvernance forte des Agences, dirigées par de « super-Préfets » à fort pouvoir décisionnel.

S'agissant de **la question de la prévention** (dont on connaît le sous-déploiement en France), la Ministre de la Santé a confirmé le principe de fongibilité asymétrique des crédits, destiné à « sanctuariser » les moyens qui lui sont dédiés.

---

<sup>9</sup> Pour mémoire, le système de santé publique actuel repose sur plusieurs institutions créées par la loi de 2004 : le GRSP (groupement régional de santé publique) est un GIP associant l'Etat (DRASS), l'assurance maladie et les collectivités locales qui sont volontaires. Son conseil d'administration peut comprendre, en fonction de l'adhésion des collectivités locales, des élus locaux. Le GRSP met en œuvre le Plan régional de santé publique (PRSP), arrêté par le Préfet de Région. La Conférence régionale de santé (CRS) est un organisme consultatif qui regroupe différents collèges, dont un fort collège d'élus. Elle se réunit en général deux à trois fois par an, selon les régions, et se prononce sur le PRSP. Le champ hospitalier, celui des soins ambulatoires relèvent d'autres structures de planification. Le domaine médico-social relève en général également d'autres structures de planification, avec une situation particulière en Ile-de-France, où une part des structures médicosociales liées notamment au VIH « émergent » au PRSP.

<sup>10</sup> Protection maternelle et infantile.

## **IV- Synthèse des discussions du groupe de travail « Santé » du CNV**

**IV-1-** Nul ne semble remettre en cause la plupart **des objectifs affichés par la réforme**, notamment de simplification des circuits de décision, de suppression des doublons, de meilleurs liens entre le médical et le médico-social, entre l'hôpital et les soins de ville. Les questions posées réfèrent donc davantage au mode opératoire choisi qu'aux principes affichés.

Toutefois, certains membres du groupe de travail « Santé » du CNV soulignent que le choix de regrouper soins et santé publique, à l'inverse de pays d'Europe du Nord qui fondent leur politique de santé publique sur une articulation avec les domaines « extérieurs » (environnement, social, inclusion, éducation...) est un pari qui n'a rien d'évident.

**IV-2-** Le CNV s'est interrogé sur les conditions d'**une coordination, qui doit être extrêmement forte**, entre les domaines gérés par les ARS et... :

- les institutions de santé dépendant d'autres ministères et non intégrées (santé scolaire et universitaire notamment) ;
- les interventions sanitaires des collectivités locales (conseils généraux et communes), que ces interventions soient de compétence légale (PMI) ou issues d'une volonté politique : cette coordination s'impose non seulement par le recouvrement des publics et des problématiques, mais aussi du fait que les solutions doivent être construites ensemble. Ainsi, les difficultés de la démographie médicale dans les zones en difficulté sont transversales, et touchent autant le recrutement des médecins territoriaux que la densité des médecins libéraux ;
- la politique sociale : la question de l'articulation entre le social et le sanitaire après la partition des DDASS est vécue de façon extrêmement aiguë ;
- et surtout l'ensemble des facteurs influant sur la santé (sociaux, éducatifs, environnementaux) : le CNV rappelle que la prise en compte de l'impact des conditions sociales sur la santé ne se limite pas à l'articulation du médical et du médico-social. Le CNV considère que la généralisation de procédures de type « Evaluation d'impact sur la santé », telles que mises en œuvre au Canada ou en Suisse, devrait être facilitée, et non contrariée, par la création des nouvelles structures.

Ces trois nécessités sont particulièrement flagrantes dans les quartiers en politique de la ville. Le CNV rappelle que ces quartiers constituent la « quintessence » des interactions entre la santé et les conditions de vie, et aussi le lieu d'expérimentations de réponses transversales locales et innovantes.

**IV-3- Les membres du CNV ont exprimé une forte inquiétude autour de la prise en compte des besoins spécifiques des quartiers et populations en difficulté.**

Si les diagnostics fondant les propositions insistent sur les Inégalités sociales de santé et les Inégalités territoriales de santé, la réduction, à l'échelle infra régionale, de ces inégalités n'apparaît pas comme un objectif de pilotage fort.

Par ailleurs, **l'expérience des élus et professionnels des quartiers en difficulté montre que, si des « garde-fous » sérieux ne sont pas prévus par voie législative, la tendance lourde des pilotages régionaux conduit à ignorer les spécificités et les besoins de ces quartiers.** Cette tendance lourde peut être aggravée par l'objectif de résultats économiques assigné à la direction de l'Agence, et par le mode de pilotage centralisé.

Cette crainte d'un pilotage généraliste ignorant les situations inégalitaires se manifeste aussi bien vis-à-vis des programmes ou plans de prévention, que des programmations d'équipements hospitaliers, ou de structures de soins ambulatoires.

**IV-4-** Fondamentalement, si la régionalisation du pilotage de la santé constitue un rapprochement du terrain à partir de pilotages centraux, elle signifie aussi une forme de recentralisation des pilotages locaux ou départementaux. Ce choix est d'ailleurs quasiment revendiqué dans certains postulats fondant les ARS. Les membres du CNV insistent fortement pour qu'à la logique descendante de programmation s'adjoigne une réelle logique de type « bottom up ».

## **V- Recommandations du Conseil National des Villes**

Le Conseil National des Villes souhaite que les textes proposés au Parlement et les amendements adoptés veillent à plusieurs principes.

### ***V-1- Inscrire la lutte contre les Inégalités sociales et territoriales de santé dans le cœur des objectifs des ARS, mais aussi des mécanismes de leur intervention.***

Cette inscription doit se faire à plusieurs niveaux :

- dans les objectifs assignés au plan national et à chacune des ARS,
- dans la lettre de mission que recevra chacun des directeurs.

Cette assignation doit être définie comme transversale, c'est-à-dire que la lutte contre les ISS/ITS ne peut être confiée au seul Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS, ou son successeur), mais doit mobiliser la totalité des plans, programmes et schémas.

Dans ce cadre, le CNV souhaite également que les Contrats locaux de santé publique (cf. point spécifique) soient obligatoirement proposés par les Agences aux collectivités locales des territoires ayant des indicateurs de santé significativement plus défavorables, ainsi que dans les territoires « déficitaires en offre de soins ».

Pour atteindre cet objectif, la loi doit prévoir la mise en place, dans les régions, d'un ensemble d'indicateurs d'inégalités à l'échelle infrarégionale.

### ***V-2- Intégrer la démocratie sanitaire et la démocratie locale dans le dispositif de gouvernance.***

La mise en place d'une gouvernance forte, avec un exécutif présenté comme resserré, impose une attention symétrique au problème de la démocratie sanitaire et locale. La question de la représentation des associations de malades et celle des gestionnaires des structures de soins ambulatoires est bien abordée dans les textes à disposition.

La question du rôle des élus locaux est plus complexe.

Le CNV souhaite que les élus locaux, en particulier ceux des communes ayant des quartiers en difficulté, soient effectivement présents à tous les niveaux de l'élaboration des politiques de santé. Cette affirmation de principe amène à des remarques plus précises :

**V-2-1/ le mode d'élaboration de la politique régionale de santé** doit être explicite : la Conférence régionale de santé d'une part, le conseil de l'Agence d'autre part (quelle que soit la forme de ce conseil) doivent être des instances d'**élaboration et de validation** de politiques, au sein desquelles les élus locaux, représentants des citoyens, doivent être présents. Le CNV met en garde contre le risque de confiner les élus à des « lieux de parole et d'échange ».



**V-2-2/ Les élus locaux doivent être pris en compte dans leur triple capacité d'intervention :**

- gestionnaires d'équipements de santé (dans certains cas),
- décideurs de politiques non sanitaires, mais ayant un impact sanitaire d'autre part,
- et représentants des citoyens et de leurs besoins enfin. Le CNV insiste sur cette troisième fonction, trop souvent oubliée au bénéfice de la première : cette mission de représentation des citoyens est la seule garante d'une réelle expression de la démocratie représentative au sein de l'Agence. Très concrètement, cela signifie que les élus municipaux et d'EPCI<sup>11</sup> ont une place au moins aussi importante que les élus des Conseils généraux et régionaux.

**V-2-3/ Les élus doivent être outillés pour jouer leur rôle.** L'expérience de certains GRSP, et surtout celle de la planification hospitalière, montrent que — faute d'un appareil technique à leur appui, les élus sont difficilement en capacité de peser sur les choix, ceux-ci résultant souvent de dispositifs complexes, voire technocratiques ou opaques. Le CNV demande donc qu'une cellule d'appui aux élus locaux soit créée soit au sein de l'Agence, soit à son initiative, et que l'appareil de l'Agence joue le jeu d'une parfaite transparence à l'égard des élus.

**V-2-4/ Les régions affirment leur volonté de lier aménagement du territoire et lutte contre les inégalités de santé :** le point de vue des élus des Conseils régionaux, à cet égard, doit être également entendu, notamment en contrepoint des logiques comptables qui peuvent être ressenties comme les seules prises en compte.

**V-3- Articuler les interventions de l'Agence avec les autres politiques publiques**

Les efforts annoncés de mise en cohérence interne de l'Agence ne doivent pas se traduire par un isolement de celle-ci vis-à-vis des autres intervenants. Le CNV insiste sur deux points spécifiques.

**V-3-1/ Articuler les interventions de l'Agence avec les politiques générales de l'Etat à impact sanitaire.**

La césure annoncée entre les fonctions sanitaires des DDASS, confiées aux Agences, et leur fonction sociale (politique des quartiers notamment), intégrée dans les nouvelles directions de la cohésion sociale, est porteuse de risques lourds. Le CNV redit une nouvelle fois que l'articulation entre sanitaire et social non seulement ne se résume pas au médico-social, mais recouvre une tout autre problématique.

De même, les DDASS sont actuellement en charge d'actions de police sanitaire dans le domaine de l'environnement : le CNV est très attentif à la question du traitement de l'habitat indigne. Ce traitement passe par des actions de police stricte (non transférables aux Agences) intimement mêlées à des actions de santé ou d'éducation à la santé, et à des actions sociales. Le risque d'un recul sur ces dossiers est non négligeable.

Les fonctions de délégué de l'Agence confiées au Préfet de département d'une part, les fonctions assignées au Préfet de région d'autre part constituent une première réponse à ces inquiétudes. Mais cette réponse ne sera valide que pour autant que :

- le Préfet de département dispose effectivement d'une capacité d'intervention sur la politique menée localement par l'Agence,
- les personnels de l'Agence et des services autres soient positionnés sur des territoires cohérents et dans des équipements communs ou proches (cf. infra),
- les grandes orientations de l'Agence prennent explicitement en compte ces articulations.

**V-3-2/ Articuler les interventions de l'Agence avec les politiques des collectivités territoriales et celle de la santé en milieu scolaire.**

L'intégration du médico-social, des soins ambulatoires et des politiques hospitalières semble attentivement préfigurée dans le dispositif prévu.

---

<sup>11</sup> Etablissements publics de coopération intercommunale.

Le CNV insiste aussi sur la nécessité d'une articulation dans le domaine de la santé de l'enfant : le rôle de la PMI doit aujourd'hui, dans les quartiers en difficulté, être revalorisé et conforté. Ce renforcement passe par l'établissement de stratégies cohérentes avec celle de la santé scolaire, notamment. Une réflexion commune sur les problèmes de démographie des médecins salariés doit être envisagée.

#### **V-4- Quartiers en difficulté : l'occasion d'une véritable politique de santé urbaine**

La prise en compte des besoins spécifiques des quartiers en difficulté est à la fois une obligation pour les Agences, et une chance méthodologique : une obligation puisque s'attaquer aux besoins de ces quartiers est une des conditions de l'équité territoriale en santé. Et une chance méthodologique, puisque c'est souvent à cette échelle que les partenariats interinstitutionnels se sont construits, et que des pratiques innovantes ont été menées. La transversalité de ces expériences, la prise en compte des facteurs de risques sous-jacents constituent dans certains cas une vraie culture de santé urbaine, qu'il faut consolider.

**V-4-1/** Le CNV insiste pour que la prise en compte des territoires en politique de la ville **s'impose également à la programmation des équipements lourds, à leur pilotage stratégique, et à leur allocation de moyens**. Chacun sait que le mode de facturation dit T2A<sup>12</sup> complique la prise en charge des « surcoûts » liés à la pauvreté. Les ARS doivent avoir les moyens de financer l'implication des structures lourdes dans les quartiers. Il convient de veiller à ce que la fongibilité asymétrique, destinée à garantir les moyens affectés au médico-social et à la prévention, s'accompagne d'une augmentation sensible des crédits actuellement affectés aux hôpitaux pour ces missions d'intérêt général.

**V-4-2/** Le CNV demande que les directeurs d'ARS soient conduits à établir annuellement **un bilan détaillé des interventions de l'Agence dans les quartiers en difficulté**. Ce bilan devrait s'appuyer sur des indicateurs précis : à terme, ces indicateurs devraient comprendre des indicateurs de résultats, même si les indicateurs de processus seront probablement plus immédiatement disponibles.

#### **V-5- Intervention de l'Etat : la nécessité d'une structuration infrarégionale forte**

L'expérience passée montre que :

- les politiques locales de santé publique sont extrêmement dépendantes de l'engagement des élus, de celui des professionnels, mais aussi de celui des équipes départementales de l'Etat. Ce constat est valable aussi bien pour les problèmes de santé dans les quartiers que pour ceux liés à l'habitat indigne, par exemple ;
- les coordinations et les réseaux pluridisciplinaires ne peuvent se mettre en place qu'à l'échelle infrarégionale (départementale et/ou locale).

Le CNV demande donc que les Agences disposent d'équipes territoriales étoffées, positionnées physiquement sur le territoire concerné, et disposant d'une réelle autonomie d'intervention. C'est à travers ces équipes que doivent se négocier les Contrats locaux de santé publique.

Cette territorialisation est particulièrement indispensable dans les grandes régions urbaines, et au premier chef en Ile-de-France.

Le CNV insiste pour que les regroupements prévus dans le cadre de la RGPP ne conduisent pas à l'éclatement des synergies actuelles, mais au contraire réduisent les cloisonnements encore en place.

---

<sup>12</sup> La tarification à l'activité.

## **V-6- Habitat indigne et santé**

Dans le cadre de ses travaux sur les questions de l'habitat et du logement, le CNV a insisté sur le rôle des quartiers anciens dégradés dans les processus de ségrégation urbaine et sociale. Ce constat rejoint d'ailleurs celui posé par Mme le Ministre du Logement et de la Ville.

La mise en place des ARS pose des questions difficiles et visiblement non traitées sur la gestion des procédures d'insalubrité. Le CNV rappelle que l'intervention sur l'habitat insalubre est un élément majeur au croisement de la politique des quartiers et des enjeux de santé publique. Le CNV considère qu'une intervention plus forte et plus énergique de l'Etat est nécessaire sur ce sujet, autour duquel des questions sanitaires, sociales, juridiques complexes sont en jeu. Il convient donc de réaffirmer très vite le rôle de l'Etat dans cet aspect de la santé des quartiers, et de trouver les moyens de généraliser la mise en place d'équipes performantes associant services déconcentrés et antennes de l'Agence.

## **V-7- Les contrats locaux de santé publique (CLSP)**

Le plan Espoir Banlieue fait référence aux CLSP, considérés comme le prolongement naturel des ASV sur des sites expérimentaux.

Pour le Conseil National des Villes, ces contrats locaux doivent être l'outil opérationnel local pour atteindre les objectifs décrits plus haut. Ainsi...

**V-7-1/** Le législateur doit prévoir la signature de CLSP non pas de façon facultative et expérimentale, mais **de façon obligatoire dans la totalité des territoires comportant un CUCS et/ou un ASV**. L'ARS doit en outre avoir **une obligation de proposer la signature de CLSP** aux collectivités des territoires :

- considérés comme en situation de sous démographie médicale,
- ou dont les indicateurs sanitaires (mortalité précoce, espérance de vie, morbidité...) sont significativement plus mauvais que ceux de référence nationale,
- ou dont les facteurs collectifs de risques sont plus mauvais que ceux de référence nationale.

La signature de ces contrats constituera l'articulation institutionnelle de la politique de l'Agence et de la politique de la ville.

**V-7-2/** Les CLSP doivent tendre à regrouper trois volets :

- un volet « Atelier Santé Ville » reprenant les fonctions actuelles de ces ateliers (diagnostics, actions de santé publique et communautaire contractualisées, volet santé du CUCS), ou des structures éventuellement correspondantes (projet de santé par pays...),
- un volet « soins ambulatoires » reprenant les objectifs et les moyens mis en œuvre par l'Agence et les signataires du CLSP,
- un volet « soins hospitaliers » permettant de décrire la réponse aux besoins hospitaliers de la population du territoire.

Les deux derniers volets seront élaborés en permettant une négociation entre acteurs locaux et organisateurs des schémas et plans divers.

Il serait par ailleurs souhaitable que les CLSP comprennent également **un volet « facteurs de risques »** permettant de décrire les politiques mises en œuvre dans des domaines connexes à la santé mais ayant un impact sur celle-ci.

**V-7-3/** Progressivité dans la mise en œuvre des CLSP.

Le CNV n'est pas opposé au principe d'une progressivité dans la mise en œuvre des CLSP. Mais cette progressivité doit être thématique et non géographique. En d'autres termes, le statut de l'Agence doit prévoir d'emblée l'obligation de signatures et propositions de signatures sur **tous les territoires concernés**, et non l'expérimentation facultative du dispositif, mais le contenu de chacun des contrats peut être l'objet d'une montée en charge progressive.

#### **V-7-4/ Périmètre des CLSP**

Les contrats doivent définir explicitement les mesures ciblées sur les quartiers, zones ou groupes de populations en difficulté et/ou disposant d'un plus mauvais état de santé. Mais ces contrats ont également à mentionner l'ensemble des actions de santé populationnelles générales mises en œuvre par la commune ou l'EPCI. La question de savoir si les CLSP doivent être signés à l'échelle des quartiers ou à celle de la commune comprenant les quartiers reste à discuter.

#### **V-7-5/ Signataire des CLSP et pluri-annualisation**

Le CNV propose que le CLSP soit signé entre le directeur de l'Agence ou son délégué départemental, le Préfet en tant que tel, le Maire, éventuellement le président d'EPCI, et autant que possible les représentants des collectivités ayant une politique territoriale de santé ou une gestion d'équipements (Conseils généraux et régionaux).

Le CNV insiste sur la notion de durée, conjointe aux enjeux de politique de la ville et de santé publique. Le CLSP doit être l'occasion pour l'Agence d'un engagement pluriannuel, afin de sortir des difficultés qui ont été identifiées dans le cadre des actuels appels à projets de GRSP.