

## Villes, CLS et Inégalités sociales de Santé

21 juin 2012

Université de Saint-Quentin-en-Yvelines

## Actes du colloque





#### **Coordination et Secrétariat**

RFVS de l'OMS

EHESP Dept SHSC, av du Pr Léon Bernard 35043 RENNES Et Inpes, 42 Bd de la Libération, 93203 Saint Denis Tel: 02 99 02 29 64 / 02 99 02 26 06 secretariat@villes-sante.com

Site web: www.villes-sante.com

## **Sommaire**

Allocutions d'ouverture	p 4
<b>Présentation plénière</b> : Comment agir pour réduire les inégalités sociales de santé Par Richard Wilkinson, expert auprès de l'OMS, Professeur émérite d'épidémiologie sociale	р6
<b>Retour sur les enquêtes :</b> Les Contrats Locaux de Santé : point de vue des villes du Réseau Français des Villes-santé de l'OMS	p 13
<b>Table ronde 1</b> : Les Contrats Locaux de Santé, outils de réduction des Inégalités sociales de santé : de l'intention aux actes	p 15
Clôture de la matinée	p 20
Ateliers	p 21
Table ronde 2 : Quelle suite après la signature d'un Contrat Local de Santé ?	p 24
Annexe 1 : Liste des sigles	p 30
Annexe 2 : Résultats des fiches de satisfaction	p 31
Annexe 3 : Liste des participants et intervenants	p 34

## Villes, Contrats Locaux de Santé et Inégalités sociales de santé

## 21 juin 2012

Le Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS avec le soutien de l'Institut de Promotion de la Santé de Saint-Quentin-en-Yvelines ont organisé le 21 juin 2012 un colloque sur les Contrats Locaux de Santé (CLS) et les Inégalités sociales de santé à l'université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines. Ce colloque a été soutenu par la Direction Générale de la Santé. Il a rassemblé plus de 180 professionnels de la France entière et de postes divers.<sup>2</sup>

Les allocutions d'ouverture ont été réalisées par Monsieur Philippe Saiag, Vice-président de l'Université, Monsieur Robert Cadalbert, Président, Communauté d'Agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines, Monsieur Jean-Yves Grall, Directeur Général de la Santé et Madame Valérie Jurin, Présidente du Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS.

Mr Richard Wilkinson, professeur émérite d'épidémiologie sociale à l'université de Nottingham et à l'university college de Londres qui nous faisait l'honneur de sa présence a ensuite réalisé une présentation plénière sur le thème « comment agir pour réduire les inégalités sociales de santé ».

Un rapport de l'enquête réalisée par le RFVS sur les Contrats Locaux de Santé a été présenté par Madame Marielle Delaplanque.

Une première table ronde a eu lieu en présence de Monsieur François Liber, Adjoint au Maire de Dunkerque, Madame Patricia Saraux, Médecin Directrice, Nantes, Monsieur Frédéric Jacquet, Médecin santé publique, ARS Languedoc-Roussillon et Monsieur Nicolas Prisse, Chargé de mission au Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales.

Le début de l'après-midi était consacré à 5 ateliers sur les thématiques suivantes :

- D'une politique municipale au Contrat Local de Santé. Quelle articulation? (2 ateliers)
- Un CLS communal ou un CLS communautaire. Quel territoire pertinent?
- Elaboration d'un Contrat Local de Santé. Quelle concertation et avec quels acteurs?
- Elaboration d'un Contrat Local de Santé. Quelle concertation autour de la santé environnementale?

Avant de clore la journée, une dernière table ronde s'est déroulée en présence de Madame Annabelle Zimmerman, Chargée de projet ETD centre de ressources du développement territorial, de Monsieur Alexandre Feltz, Conseiller municipal délégué à la santé et vice-président de la Communauté Urbaine de Strasbourg et de Monsieur Antoine Gueniffey, Chargé de mission, à la Direction Générale de la Santé.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Ce document a été produit par Alice Brochard, chargée d'études au RFVS, et ensuite validé par l'ensemble des intervenants ainsi que la coordinatrice du RFVS.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Les fiches de satisfaction des participants sont en annexe 1 et 2 de ce document.

## Allocutions d'ouverture

Monsieur Philippe Saiag, Vice-président de l'Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, Monsieur Robert Cadalbert, Président, Communauté d'Agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines, Monsieur Jean-Yves Grall, Directeur Général de la Santé et Madame Valérie Jurin, Présidente, Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS ont ouvert le colloque.

#### Philippe Saiag, Vice-président de l'Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines

Mr Philippe Saiag ouvre le colloque en souhaitant la bienvenue à tous les intervenants et participants à ce colloque dans l'université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines. Cette université jeune et dynamique, très investie dans les activités de recherche est très heureuse d'accueillir ce colloque sur les Contrats Locaux de Santé (CLS) et les déterminants de la santé.

### • Robert Cadalbert, Président, Communauté d'Agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines

Merci à Monsieur le représentant du président de l'université de Versailles- Saint-Quentin mais aussi à Monsieur le doyen le Pr Djillali Annane, qui s'excuse de ne pas être présent ce matin. Merci d'être venu à Saint-Quentin-en-Yvelines, merci également à Monsieur le Directeur Général de la Santé d'être venu et merci à Madame Jurin la présidente de l'association d'avoir choisi de venir à Saint-Quentin-en-Yvelines.

Saint Quentin en Yvelines est une des villes nouvelles des années 70 qui en peu de temps a du aménager son territoire, développer son service public, construire de nouveaux logements, accueillir des entreprises et ainsi participer au développement durable urbain. L'agglomération porte une attention toute particulière à mener un développement du territoire équilibré et dynamique.

Depuis 2006, l'investissement de la communauté d'agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines dans le Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS lui permet de veiller à la santé et au bien être de toute sa population, et ainsi de mesurer la qualité de son développement durable.

La santé est un élément fondamental du développement du territoire. Cette agglomération constitue un bassin de vie suffisamment pertinent pour s'inscrire dans le RFVS et mener une politique de santé publique cohérente sur son territoire : depuis 10 ans existe l'Institut de Promotion de la Santé (IPS), un réseau de partenaires ont été créés notamment avec l'hôpital de référence de Versailles et tous les professionnels des champs sanitaires, médico-social et social. Cette volonté d'installer une dynamique locale en matière de santé a trouvé son aboutissement dans la signature avec le directeur général de l'Agence Régionale de Santé et le préfet des Yvelines, le 2 décembre 2011 du premier Contrat Local de Santé de la région lle de France.

La richesse de la diversité des participants de ce colloque va permettre de confronter les expériences locales, tout en prenant en compte les particularités territoriales mais aussi les déterminants communs tels que le vieillissement de la population ou encore la répartition de l'implantation des professionnels de santé, etc.

#### • Jean-Yves Grall, Directeur Général de la Santé

Le Contrat Local de Santé issu de la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) est un outil précieux de dynamisation de la politique de santé au plus proche de la population, et ceci à travers un partenariat riche étendu notamment entre les administrations de santé, les communautés

urbaines ou les villes et les collectivités territoriales. Le CLS est outil et non une fin en soi qui devrait favoriser la mise en cohérence de la politique de santé nationale en la déclinant sur les territoires. C'est le cadre dans lequel s'inscriront les actions de tous les acteurs au plus proche des populations, et qui permettent la mise en cohérence de la politique de santé nationale déclinée en politiques régionales. Les villes et les régions ne sont pas les mêmes, mais le corps de pensée se révèle identique. C'est sa mise en application en fonction des différents tropismes et problèmes particuliers qui fait l'intérêt d'aller au plus proche des populations pour répondre à leur besoins spécifiques. Il est donc nécessaire de mettre en cohérence cette politique avec les actions menées depuis longtemps sur le terrain en particulier avec les politiques de la ville. C'est tout l'intérêt de la synergie permise par cet outil.

Le CLS est un outil et ne doit pas être considéré comme une construction théorique ou technocratique. La signature du contrat ne représente pas la fin du travail mais le début des activités.

Le CLS incarne la vie de nos territoires et de ses habitants, l'action et la réalisation concrète et n'est surtout par figé. C'est une dynamique d'avenir et surtout un vecteur de lutte contre les Inégalités sociales en santé. Plus que jamais, nombre de nos concitoyens ont besoin d'aide, et cet accès à la santé doit être préservé. L'accès à la santé est une préoccupation universelle puisque l'OMS en fait aussi un point très important de sa politique. C'est la mise en cohérence et la synergie de tous les acteurs impliqués au plus proche des populations. C'est d'ailleurs une demande qui avait été formulée lors des premières réunions de la conférence nationale de santé : qu'il y ait une visibilité de l'action publique au plus proche des concitoyens et une traduction claire de ce qui est fait pour eux. Cette approche de proximité revêt l'ensemble des actions de l'institution de santé, des villes des collectivités territoriales, mais elle est aussi au plus proche des professionnels de santé, des professionnels en général et des réseaux associatifs. Cette synergie donne beaucoup d'espoir dans la mise en place des Contrats Locaux de Santé.

Au-delà des acteurs cela représente aussi pour l'administration la mise en résonnance des différentes politiques pouvant se révéler à un endroit donné. Par exemple dans le cadre du PNNS, on voit bien que l'administration de la santé à elle seule ne peut pas travailler sur du long terme. Cela passe par les collectivités territoriales, quand on parle des cantines par exemple et de l'éducation nationale, tout le monde est intéressé par ces politiques de santé. Il en va de même pour les problèmes de santé au travail où cela fait appel à d'autres administrations que celle de la santé.

Si le cadre du CLS est identique, les thèmes d'actions sont à géométrie variable en fonction d'un diagnostic partagé par tous les intervenants sur le territoire (étape préalable à la constitution et à la mise en œuvre de ce contrat local). Ce diagnostic partagé fait l'objet d'attentes fortes, car il doit à la fois être évolutif, dynamiser le territoire en donnant un état des lieux qui mobilise tout le monde derrière des priorités et constats communs, tout en mettant également ensemble des moyens financiers et techniques. Le CLS incarne une dimension intersectorielle de la politique régionale de santé dans le but de favoriser un certain nombre d'actions: accès des personnes démunies aux soins et à la prévention, aux premiers recours, à l'eau saine, à la politique de santé mentale, etc. A l'intérieur du cadre posé, ces différentes actions ne sont pas imposées et dépendent du diagnostic partagé défini par les acteurs les plus proches de la population.

C'est aussi au niveau intra régional quel qu'il soit, le pays, le bassin, le bassin de vie, la commune etc. Il s'agit d'un espace de vie où l'ensemble des acteurs se sont mis en résonnance de façon volontariste sur des axes qui ont été priorisés à partir d'un diagnostic. Dans ce cadre-là, l'administration de santé représentée par l'ARS doit être le catalyseur de toutes ces actions dans le cadre sanitaire au niveau de la prévention, de la médecine de ville, etc, de l'ensemble du champ dont

est dépositaire l'ARS. Il appartient à l'ARS d'animer sa politique sur le territoire la déclinaison de la politique régionale de santé.

Pour la DGS et le Ministère de la santé, les CLS sont l'outil majeur de déclinaison de cette politique de santé publique, et pour être mise en œuvre avec efficience elles doivent être visibles et partagées avec la population. Les contrats de santé sont des vecteurs majeurs de démocratie sanitaire. Ce qui est important ce ne sont pas tant les textes, circulaires, etc mais c'est la déclinaison opérationnelle dans la vraie vie des acteurs et des sujets au plus proche des préoccupations de nos concitoyens.

### • Valérie Jurin, Présidente, Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS

Monsieur le représentant du Doyen, Monsieur le président de la Communauté d'Agglomération, Monsieur le Directeur Général de la Santé, cher Jean-Yves, merci d'abord pour vos propos à tous les trois, merci tout particulièrement au Directeur Général de la Santé d'être venu en personne parmi nous pour l'ouverture de cette journée. Je suis très heureuse, particulièrement satisfaite, de voir cet amphithéâtre plein. Je savais que les Contrats Locaux de Santé constituaient un sujet qui intéressait très fortement les territoires, mais là je dois dire que vous avez répondu présents. Je crois qu'avec les membres du Bureau et du Conseil d'Administration, nous sommes très heureux de la réussite de cette journée qui s'annonce extrêmement positive. Je voulais bien sur vous remercier tous les trois d'être là pour cette ouverture, remercier l'ensemble des acteurs qui ont rendu possible cette journée, et saluer d'une manière particulière Monsieur Wilkinson qui va nous accompagner ce matin et mettre son expertise à notre disposition. Je crois que nous aurons des moments de partage très intéressants.

Dès la loi HPST, et l'annonce du Contrat Local de Santé, le Réseau des Villes Santé a aussitôt montré son appétit pour la question. Il ne savait pas encore de quoi il allait être question dans les faits ni dans les détails, mais en tous cas on a vu tout de suite qu'il y avait un frémissement. Un frémissement très intéressant qui était d'une certaine manière la reconnaissance de l'échelon local, la reconnaissance du travail que l'on mène puisque notre réseau à plus de vingt ans d'existence, la reconnaissance de toutes les actions que peuvent mener les territoires urbains, sans opposition bien sûr avec les territoires ruraux. Il ne s'agit pas de s'opposer mais au contraire de construire des dynamiques.

En tous cas, il y avait dans ces Contrats Locaux de Santé quelque chose qui nous a immédiatement interpellé, et on a su que ce serait pour nous une opportunité intéressante. D'emblée on a donc fortement conseillé aux élus locaux et aux techniciens -et ils sont fort nombreux ici- et aux administratifs qui les accompagnent, de prendre contact avec les Agences Régionales de Santé (ARS), de se positionner de manière volontariste, parce que je crois qu'il y a réellement dans ces Contrats Locaux de Santé une opportunité. D'abord une opportunité pour nous de revisiter les politiques que l'on mène sur nos territoires, mais encore une opportunité de revisiter les valeurs qui nous animent. Je crois aussi que l'on peut accepter de dire que parfois on se laisse aller dans certaines formes d'habitudes et qu'il faut réarmer les choses et aller de nouveau cultiver, reprendre les choses et les amener à aller un petit peu plus loin. il y a donc une opportunité de réinterroger le sens des choses, opportunité de réinterroger les valeurs qui sous-tendent notre action.

Et puis il y avait aussi l'opportunité de faire rentrer dans ces Contrats Locaux de Santé, dans nos politiques et les politiques que nous menons au plus près des populations et au plus proche des territoires un certain nombre de réalités. Les Inégalités sociales de santé on en entendait parler il y a

quelques années, mais je crois qu'on les cerne davantage, on a compris qu'elles n'étaient pas simplement des inégalités qui touchaient les publics sensibles ou uniquement les publics fragilisés. Mais bien que les Inégalités sociales de santé elles traversent la société française, l'ensemble des populations mondiales et européennes bien évidement. Elles traversent l'ensemble de la société. Il ne s'agit pas simplement, j'ai bien dit simplement de travailler auprès des plus fragilisés mais bien de travailler pour tous sur des territoires pertinents.

On a eu l'opportunité ces dernières années d'avoir un certain nombre de travaux qui nous ont éclairé d'avantage, que ce soient les travaux de Thierry Long, que ce soient les travaux de Sir Marmott, notamment son document intitulé « combler le fossé en une génération » que je vous invite véritablement à relire. Et puis en 2011 il y a eu un rapport de l'IGAS qui était très intéressant et qui a apporté un contenu intellectuel et un contenu qui nous a bien sur appris qu'il y avait véritablement possibilité d'agir sur ces Inégalités sociales de santé. Elles ne constituaient pas une fatalité, mais qu'il fallait adopter un certain nombre d'attitudes de comportement et envisager peut être, une révision de nos politiques dans le domaine de la santé.

Cultiver l'inter-sectorialité avec passion, je crois que c'est une des premières réponses. Adopter bien évidement des démarches participatives et s'adresser à tous les publics bien sûr en priorité et vous l'avez dit aux plus fragilisés, économiquement ou autre, tout en restant bien conscient que ces Inégalités sociales de santé ne se focalisent pas sur certains territoires ni sur certains publics, mais au contraire qu'elles traversent la société française dans son ensemble, et je crois que c'est éminemment important.

Il y a donc une ambition derrière tout ça et une ambition qui j'allais dire ne manque pas d'air, c'est mettre la santé au cœur de l'ensemble des politiques. Ça parait très utopiste. Ça parait d'une certaine manière du domaine de l'idéal mais je crois qu'il faudra qu'on parvienne à avoir cette ambition que la santé soit vécue comme une valeur, une valeur partagée par tous. L'ambition également qu'elle soit véritablement l'enjeu d'un grand débat démocratique, d'une démarche en tous cas démocratique, et de débats de manière beaucoup plus importante qu'elle ne l'est actuellement. Je finirai sur cette parole d'ambition. Je crois que cela va occuper nos débats de la journée, en tous les cas je vous souhaite de fructueux travaux à tous. J'animerai cette matinée avec Monsieur Breton que je remercie. Je crois que nous allons directement laisser la parole à Monsieur Wilkinson.

## Comment agir pour réduire les inégalités sociales de santé ?

Introduction par Eric Breton, Chaire promotion de la santé, Inpes, à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Richard Wilkinson est un des auteurs incontournables sur les Inégalités sociales de santé. Il a écrit de nombreux livres tels que « L'égalité c'est la santé », « L'inégalité nuit gravement à la santé », ou encore son dernier ouvrage « the spirit level » (nom d'un niveau en menuiserie) qui a soulevé de nombreux débats et discussions politiques.

Présentation de Richard Wilkinson, expert auprès de l'OMS et Professeur émérite d'épidémiologie sociale: (Les diapositives de cette présentation sont sur le site web <a href="https://www.villes-sante.com">www.villes-sante.com</a>)

### Introduction:

La compréhension de la santé et des déterminants sociaux de la santé a évolué de façon majeure depuis les 4 dernières décennies, notamment la compréhension de l'influence des facteurs psycho-sociaux sur la santé. Cette présentation va aborder les problèmes de stress chronique, de santé physique et mentale et la question des gradients sociaux de ces problèmes (qui sont plus importants lorsque l'on se trouve en bas de l'échelle sociale plutôt qu'en haut).

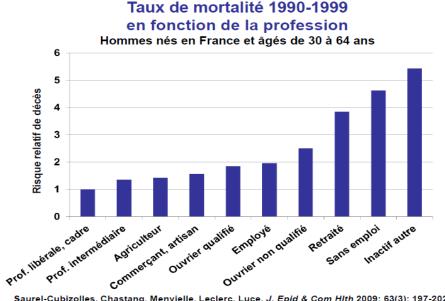
Il existe aujourd'hui un contraste en terme sociaux entre la réussite matérielle et les échecs. Le message global se résume comme suit : plus les écarts de revenus sont importants, plus les écarts sociaux et de santé sont importants.

Cette présentation va également aborder un ensemble de problèmes sociaux tels que la toxicomanie, les grossesses chez les jeunes, le taux d'incarcération etc. Une tendance commune s'observe entre les problèmes sociaux et de santé : ils sont plus importants et graves dans les sociétés les plus inégalitaires.

## Présentation:

Dans la relation entre espérance de vie et revenu national brut par habitant, on observe que pour les pays en voie de développement, l'espérance de vie augmente. Pour les pays les plus riches, le revenu national brut par habitant n'a plus d'impact sur l'espérance de vie. Dans les quartiers les plus pauvres des pays riches les problèmes sont plus graves. Par exemple en France, plus le niveau d'étude est bas plus le taux de mortalité est élevé: on passe du simple au triple selon la catégorie sociale et le niveau d'étude. On peut faire le même constat avec la profession d'appartenance. Ce n'est pas uniquement un problème lié à la pauvreté, car si l'on retire vraiment les facteurs de pauvreté (être sdf, au chômage etc.), il reste quand même de nombreuses inégalités sociales. On

observe une différence dans le taux de mortalité en France même entre les employés, les professions intermédiaires et les cadres (voir l'étude de Saurel, Cubizolles et al). Ce gradient existe malgré le fait que ces personnes aient un emploi, un logement etc.



Saurel-Cubizolles, Chastang, Menvielle, Leclerc, Luce. J. Epid & Com Hith 2009; 63(3): 197-202

Entre les pays dits « développés », la différence d'espérance de vie n'est pas énorme, mais au sein des pays même, les inégalités sont très importantes. Si l'on regarde l'écart des revenus entre les 20% les plus pauvres et les 20% les plus riches d'un pays, on remarque que dans les pays les plus égalitaires les revenus sont 3 à 4 fois plus importants pour les riches que pour les pauvres, tandis que dans les pays les plus inégalitaires, les revenus des plus riches sont 7 à 8 fois supérieurs à ceux des plus pauvres.

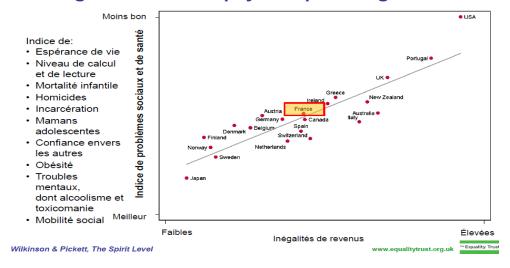
### Quels sont les effets de ces inégalités pour nos sociétés ?

Après avoir collecté des indicateurs de problèmes sociaux et de santé (provenant de l'OMS, des nations unies, de l'OCDE) internationalement comparables, nous avons créé un indice unique. Il contient les indicateurs suivants : espérance de vie, niveau de calcul et de lecture, mortalité infantile, homicides, incarcérations, grossesses chez les adolescentes, confiance envers les autres, obésité, troubles mentaux, dont alcoolisme et toxicomanie, mobilité sociale.

On observe en comparant les pays en fonction de cet indice que les problèmes sont moindres dans les pays les plus égalitaires et plus graves dans les pays inégalitaires (notons que la France est toujours au milieu). Si l'on compare cet indice avec l'indice du revenu national par habitant, on ne note aucune corrélation.

Ce qui est important dans nos sociétés aujourd'hui, ce n'est pas simplement la croissance économique, ni l'augmentation du revenu moyen, mais ce sont aussi les différences entre les personnes et leur position dans la hiérarchie sociale (il faut distinguer pauvreté relative et pauvreté absolue).

## Les problèmes sociaux et de santé sont plus graves dans les pays les plus inégalitaires



Si l'on détaille l'un des axes sélectionnés dans l'indicateur unique créé pour cette étude, on obtient les mêmes grandes tendances. Ainsi, avec l'indicateur sur le taux de confiance que l'on peut accorder autour de soi, dans les pays les plus égalitaires le taux de confiance est à 60% tandis que dans les pays les plus inégalitaires il est seulement à 20%. Si l'on prend les indicateurs de cohésion sociale, de qualité de vie locale, de santé mentale, de mortalité infantile etc. on obtient les mêmes tendances. Précisons que les données sélectionnées sont celles considérées comme comparables internationalement par les grandes agences de santé telles que l'OMS. Ce travail a été réalisé 2 fois sur cette gamme de pays et une fois avec les 50 états américains pour voir si l'on obtenait les mêmes tendances. Les résultats sont toujours les mêmes : les pays les plus inégalitaires concentrent le plus de problèmes sociaux et de santé, à l'inverse des pays les plus égalitaires, et ce indépendamment de la richesse et du revenu intérieur brut par habitant du pays. Pour aboutir à une société plus cohésive, il faut donc réduire les inégalités.

La corrélation entre violence et inégalités est également importante. Des enquêtes statistiques très nombreuses le prouvent. Au Canada et aux Etats Unis, les taux d'homicides sont bien plus importants dans les provinces les plus inégalitaires. Dans ses recherches Richard Wilkinson à également observé les taux d'incarcération : selon les pays, le rapport est de 1 à 10. Le taux de natalité chez les adolescentes est également beaucoup plus élevé dans les pays riches inégalitaires.

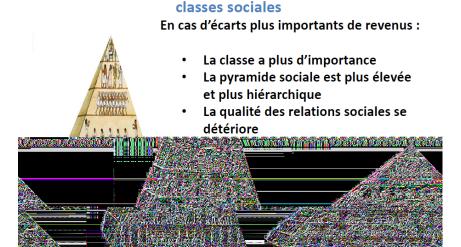
Cette recherche de Richard Wilkinson s'est également intéressée à la mobilité sociale (on s'intéresse à la reproduction des statuts hiérarchiques sociaux et professionnels entre 2 générations d'une même famille). Les résultats montrent que la mobilité sociale est beaucoup moins importante dans les pays inégalitaires. Un rapport du conseiller économique d'Obama donne les mêmes résultats au niveau des Etats Unis. Si les américains veulent vivre le rêve américain et non pas

seulement le rêver, ils doivent aller vivre au Danemark ! Si on veut offrir l'égalité des chances aux enfants, il faut diminuer les écarts de revenus entre les personnes.

Dans cette recherche, ce sont toujours les mêmes pays qui ont de mauvais résultats; Il est important de noter que ces pays ne sont pas concernés par un ou deux problèmes plus importants mais par toute une palette de problèmes importants. Travailler sur les inégalités de santé amène à travailler sur les inégalités en matière d'éducation, de violence, etc. C'est la preuve d'un disfonctionnement général de la société. Il ne faut pas se dire que c'est un problème lié aux cultures nationales. Car si l'on regarde le Japon et la Suède qui ont des cultures très différentes on observe qu'ils ont pourtant la même situation par rapport à l'indice de problèmes sociaux et de santé. Ces pays ont tous les deux de bons résultats car ils sont plutôt égalitaires (même si leurs politiques mises en place pour obtenir cette égalité sont très différentes).

Une plus grande égalité ne bénéficie pas uniquement aux plus pauvres mais à toutes les classes sociales. Par exemple la Suède en comparaison avec le Royaume-Uni, obtient en matière de mortalité infantile en fonction de la classe sociale, de meilleurs résultats pour toutes les classes sociales.

La question est de savoir si nos sociétés ont une pyramide avec une base large et une pente moins importante, ou bien une base étroite mais avec une pente très raide. Les inégalités renforcent le poids de la classe sociale sur les individus dès la naissance et toute leur vie. Les problèmes liés à la classe sociale s'aggravent si l'on renforce les différences entre les classes sociales.



Les écarts de revenus renforcent la différenciation en

Toutes les villes agissent-elles de la même façon ?

Ce qui est fait au niveau des villes pour améliorer le bien-être psychosocial des habitants a un effet sur la baisse de la violence, l'amélioration de la qualité de vie au niveau local, la baisse des grossesses chez les adolescentes, etc...Tous ces déterminants sont liés.

Les doutes et insécurités sont une grande source de stress dans nos sociétés contemporaines. Le sentiment d'être valorisé ou dévalorisé, inférieur ou supérieur, plus ou moins bien jugé par les autres, d'être dans une position ou un statut incertain etc. joue sur le sentiment de sécurité et sur la santé. Il est prouvé aujourd'hui que la qualité des relations sociales, l'importance de l'amitié dans la petite enfance, le positionnement dans la hiérarchie sociale, etc. ont un impact sur la santé.

Dans 6 villes en Grande Bretagne des commissions de l'égalité et de la justice ont été mises en place pour réduire les problèmes d'inégalités de revenus, de dettes, d'emploi, d'éducation, et tenter de demander au secteur public puis au secteur privé d'élever les salaires au-dessus du salaire minimum.

Ces commissions ont également tenté d'imposer aux entreprises de publier les écarts de revenus entre les plus hauts et les plus bas salaires des entreprises. Dans les multinationales les écarts sont de 1 à 300 et dans le secteur public cela peut aller de 1 à 20.

## **Questions:**

Alexandre Feltz, Conseiller municipal délégué à la santé et vice-président de la Communauté
 Urbaine de Strasbourg

Nous sommes tous ici engagés dans le domaine de la santé. La première partie de votre exposé nous montre que pour changer les choses en matière d'inégalités de santé il faut travailler dans le domaine de l'économie, de la finance. A la fin vous avez ouvert en montrant qu'en travaillant au quotidien dans la proximité sur les leviers de la santé, on pouvait impacter sur la question de la cohésion sociale et des inégalités même si les leviers sont ailleurs.

## Réponse de Richard Wilkinson:

Il est important d'éduquer toute la société, par la politique et les médias, mais il est aussi important de valoriser tout le monde via l'école, le travail etc. Donc les services fournis par les villes sont essentiels, notamment dans les quartiers les plus défavorisés. Comment réduire les inégalités localement? C'est la question que se posent les services comme les commissions de la justice en Grande Bretagne cités précédemment. Par exemple, on peut s'interroger sur le salaire proposé par les collectivités locales au personnel de ménage.

- Jean Claude Henrard, Professeur de santé publique à l'université de Versailles

N'êtes-vous pas découragé par votre faible influence (ainsi que celle de vos collègues) sur les inégalités sociales, dans un pays tel que le Royaume-Uni où les inégalités sont très importantes ?

Réponse de Richard Wilkinson: Oui je suis découragé. Nous avons de très bons chercheurs qui travaillent sur les inégalités sociales de santé mais pour les politiques ce n'est pas toujours au point. Le gouvernement Blair a fait une dichotomie entre les questions de réduction des inégalités de revenus et tout ce qui touche à la santé. Mais on voit bien que la dynamique politique a changé au Royaume Uni et clairement en France. Le gouvernement souhaite que ces comités de l'égalité au

niveau local puissent montrer aux gens que les réductions de revenu touchent les plus riches, même si ce n'est pas vraiment le cas, mais c'est en tout cas la volonté de ces comités.

#### - Antoine Gueniffey, DGS

Lorsque l'on regarde la différence entre les deux pyramides, on peut avoir plusieurs lectures. On peut voir dans la pyramide la plus plate une égalité et une cohésion sociale plus importante, et dans la pyramide la plus aiguë une dynamique plus importante et donc quelque chose de plus productif en matière de richesses collectives.

Réponse : On a été face à un membre du parti conservateur dans une émission de radio, qui disait que même si on devait réduire les inégalités de revenu pour réduire les inégalités sociales de santé, on dépendrait tout de même de l'Amérique et de son innovation pour avoir cette créativité et cette dynamique. La réponse donnée avait été que l'inégalité pour certains, fait partie de la croissance mais pour d'autres (Richard Wilkinson et son équipe entre autres) c'est plutôt l'égalité qui est bénéfique à la croissance. On constate pourtant que la croissance est plus durable dans les pays plus égalitaires alors que les pays inégalitaires, ont une croissance en dent de scie et souffrent donc plus des crises économiques.

#### Jeanne Dupond, responsable des partenariats institutionnels- GSK

Fort de votre expertise, avez-vous prévu des programmes de recherche pour évaluer l'impact de l'effort de promotion de santé sur des territoires repérés pour leur fort taux d'inégalités sociales?

Réponse : Il est difficile d'obtenir de réelles améliorations sans s'attaquer aux véritables causes des écarts économiques et sociaux. Après avoir travaillé en matière de promotion de la santé, on peut constater qu'il est très difficile d'obtenir des améliorations en la matière. Ce qui est important au niveau des communautés locales c'est de renforcer la cohésion, de promouvoir l'autonomie des personnes, de permettre aux gens de lutter pour l'amélioration de leurs conditions etc. Par exemple lorsque l'on demande aux gens de faire plus de sport, manger mieux, etc. on leur demande quelque chose qu'ils n'ont pas envie de faire. Et pourtant nous souhaitons tous en tant que société que les choses s'améliorent. C'est pourquoi il faut travailler sur ces messages et montrer l'intérêt que cela peut avoir pour la cohésion sociale et pour que chacun aille mieux.

## Retour sur l'enquête du Réseau Français des Villes-Santé sur les CLS:

## Les contrats Locaux de Santé : point de vue des villes

Présenté par Marielle Delaplanque, Directrice, Nancy Ville-santé à la mairie de Nancy.

Le Réseau Français des Villes Santé de l'OMS s'est intéressé, dès le vote de la loi HPST, aux Contrats Locaux de Santé, qui sont apparus aux administrateurs comme des outils territoriaux majeurs de pilotage et de coordination. Ainsi en avril 2011, une lettre d'accompagnement et d'engagement à prendre contact avec leurs Agences Régionales de Santé a été adressée aux villes membres.

Suite à ce courrier et aux retours des premières villes à s'être emparées de cette question, une enquête a été réalisée en septembre 2011. Elle donne, à partir des 36 réponses obtenues sur les 80 villes interrogées, une première « note d'ambiance ». Si quelques villes sont déjà bien engagées aux côtés de leur ARS, beaucoup tâtonnent et toutes s'interrogent sur la gouvernance, les moyens disponibles pour la conception des CLS, puis leur mise en œuvre, les modalités de prise en compte de la question des inégalités sociales de santé (CUCS), ainsi que le traitement équitable de tous les territoires pour une couverture nationale égalitaire.

Tout au long de l'année, les villes ont témoigné de leur intérêt et de leur implication grandissants pour les CLS. En juin 2012, fort de l'expérience de certaines de ses villes, le Réseau a souhaité réinterroger ses membres. 37 villes ou EPCI ont répondu à cette nouvelle enquête :

Sur ces 37 villes répondantes, 29 villes ont signé ou sont en cours de signature du CLS (14 régions en France). Plus de la moitié sont à l'initiative du CLS.

Les signataires sont les collectivités territoriales à l'échelle de la ville ou de la communauté urbaine, l'ARS et la préfecture, mais aussi parfois l'Education nationale, le Conseil Général, les caisses de retraites, les associations locales d'usagers, etc.

La gouvernance est d'une manière générale classique : comité de pilotage avec les principaux signataires, comité opérationnel, secrétariat de projet porté par les villes le plus souvent et appuyé sur les coordinateurs des ateliers santé-villes.

La volonté générale est d'adopter ce contrat dans une de démarche de concertation, en prenant appui sur le Contrat Urbain de Cohésion Sociale (CUCS).

Toutes les villes s'appuient sur un état des lieux de la santé des habitants du territoire, même si les modalités et les moyens d'établissement de cet état des lieux sont différents selon les villes. Ces CLS sont rédigés sur la base des grands axes prioritaires de santé publique : prévention, accès aux soins, santé mentale notamment.

**L'évaluation** est prévue mais elle porte surtout sur des indicateurs de processus plutôt que sur des indicateurs de résultats.

La réduction des inégalités est une priorité pour toutes les villes, même si cette thématique est traitée d'une manière différente selon les territoires. Elle est parfois posée comme l'objectif principal du CLS, et dans certains cas, la réduction des inégalités est « fléchée » dans les ateliers santé-ville et les quartiers dits « politiques de la ville ». Dans d'autres, elle fait l'objet d'une prise en compte transversale à toutes les thématiques.

Conformément à leurs attentes, les villes se disent satisfaites des modalités partenariales engagées pour les CLS. Elles en attendent un renforcement de la cohérence des politiques locales et une optimisation des actions mises en place.

Elles regrettent par contre qu'à ce jour la question des moyens ne soit pas clairement annoncée et traitée, même si elles reconnaissent qu'il s'agit d'un processus en construction qui s'appuie d'abord sur la valorisation des contributions actuelles.

En conclusion, Le CLS est vu comme un processus complexe et continu qui nécessite une ingénierie d'accompagnement particulière, beaucoup de concertation et de coordination, et un véritable travail d'animation des instances.

# Table ronde : Les contrats Locaux de Santé, outils de réduction des Inégalités sociales de santé : de l'intention aux actes

Monsieur François Liber, Adjoint au Maire de Dunkerque, Madame Patricia Saraux, Médecin Directrice, Nantes, Monsieur Frédéric Jacquet, Médecin santé publique à l'ARS Languedoc-Roussillon et Monsieur Nicolas Prisse, Chargé de mission au Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales ont participés à cette table ronde.

Animation de la table ronde par Madame Valérie Jurin et Monsieur Eric Breton.

## • François Liber, Adjoint au Maire de Dunkerque, chargé de la promotion de la santé et de la prévention, conseiller communautaire de la communauté urbaine de Dunkerque

Le Contrat Local de Santé est un outil qui permet de poser un regard global et neuf sur toutes les politiques mises en place par les villes d'une même communauté urbaine. Cette vision favorise une réorganisation des priorités et des objectifs fixés par ces politiques, au regard de cette nouvelle perspective et de l'état de la situation sanitaire et sociale des différentes villes.

La question du financement est posée par ces CLS. C'est pourquoi cette nouvelle priorisation des objectifs est essentielle : elle va permettre d'allouer des financements en fonction des axes mais également des territoires prioritaires. Au niveau de l'agglomération urbaine, l'ARS a ciblé trois grosses agglomérations à l'aide des données de l'Observatoire Régionale de la Santé : Lille, Dunkerque et Avesnes.

Le CLS permet de faire un état de lieux de ce qui a été mis en place et de ce qui pourra être fait par la suite, en fonction des priorités définies grâce aux diagnostics territoriaux.

#### • Patricia Saraux, Médecin Directrice à Nantes

Madame Saraux présente les excuses de Madame Aicha Bassal, adjointe à la santé qui ne pouvait pas être présente aujourd'hui.

Le Contrat Local de Santé va être signé en novembre 2012 pour Nantes métropole par le Maire, l'ARS et le Préfet. Plusieurs étapes préalables ont été nécessaires : la mise en place du partage des données entre les acteurs, la visualisation des enjeux, la définition des axes prioritaires à porter ensemble. Ce contrat est une opportunité pour travailler et agir ensemble en complémentarité, mais aussi pour établir une légitimité dans le travail que l'on peut faire dans une ville.

Nantes s'inscrit dans une démarche globale de promotion de la santé et de la qualité de vie urbaine en s'appuyant sur la cohésion sociale, la lutte contre les inégalités et le développement du débat participatif (mise en place d'avis citoyens dans tous les quartiers avec restitution de ces avis aux habitants). L'ARS a quant à elle défini deux grands objectifs avec une démarche plus populationnelle : réduire la mortalité évitable et favoriser la vie sans handicap.

Un travail avec l'Observatoire Régional de la Santé a été mis en place sur plusieurs indicateurs et points ciblés, ce qui a permis de réaliser un état des lieux sur plusieurs niveaux : communal et

infra-communal. Au niveau de la Ville de Nantes les indicateurs sont plutôt bons : elle est située au 3ème rang de mortalité générale par rapport aux grandes villes françaises, la mortalité infantile est en recul. Mais lorsque l'on regarde la situation de Nantes en matière de mortalité prématurée la ville passe à la 8ème position par rapport aux autres grandes villes Françaises. Plus on regarde finement les indicateurs, plus on découvre des différences au niveau infra-communal. Des inégalités sociales de santé sont repérables par quartiers. Les quartiers défavorisés sont les plus touchés par les inégalités sociales de santé. On remarque que dès l'enfance, les inégalités sociales de santé apparaissent.

Des enquêtes et diagnostics locaux de santé ont permis à la ville de disposer de données qualitatives sur la santé de sa population. Des réseaux locaux de santé ont été créés sur les territoires de Nantes, avec différents partenaires permettant une remontée d'information venant de ces réseaux. Une enquête est actuellement en cours sur les freins à l'accès aux soins sur un quartier populaire, avec les professionnels et les habitants.

Les grands axes stratégiques du CLS, suite aux échanges ont été définis comme tels :

- Consolidation de l'observatoire local de la santé des Nantais
- Favoriser l'accès aux droits et aux soins des publics vulnérables
- Observation de la permanence des soins et de l'éventuelle adaptation de l'offre à réaliser avec l'ARS
  - Impulser de nouvelles coopérations en santé mentale
  - Travailler en partenariat entre la Ville et l'hôpital
  - Confronter les synergies et dynamiques associatives en matière de santé

## • Frédéric Jacquet, Médecin santé publique, à l'Agence Régionale de Santé du Languedoc-Roussillon

Le Contrat Local de Santé est une démarche qui demande beaucoup de temps, d'ingénierie, de méthode, de maturation, et de bonnes ressources en matière d'animation.

A l'ARS Languedoc-Roussillon, le CLS a été pensé en perspective avec les inégalités sociales de santé. Aujourd'hui les constats sur les inégalités sociales de santé sont pour beaucoup des évidences. Pour autant, ces évidences ne sont pas partagées par tous. Un travail pédagogique de communication et d'apprentissage sur la manière d'approcher ces évidences est nécessaire. Une fois ce travail effectué, il est possible de penser les inégalités sociales de santé et d'envisager une politique institutionnelle et des actions pour y répondre. Le CLS n'est pas une fin mais un début.

Les inégalités sociales de santé touchent à plusieurs dimensions:

- Une dimension sociétale générale : répartition des revenus, écarts de revenus, répartition des impôts etc. Face à cet échelon, l'ARS est un peu impuissante.
- Des facteurs psychosociaux : faiblesse des liens amicaux, statut social peu élevé stress etc. Cet échelon questionne la notion de « vivre ensemble » face à laquelle l'ARS a plus de leviers d'actions. En tant qu'institution qui porte des politiques publiques, l'ARS peut travailler sur l'organisation de ces politiques dans la proximité avec les habitants, les usagers, les citoyens.

- La construction de l'inter-sectorialité: articulation des politiques de santé, sanitaires, médicosociales, de prévention etc. L'ARS a un statut de leadership dans les questions de santé et peut indiquer aux politiques intersectorielles le rôle qu'elles peuvent jouer en matière de santé.
- La politique sectorielle de santé et de soins : l'ARS a des leviers pour articuler les dispositifs sanitaires et de santé au niveau des différents territoires, (Projet Régional de Santé, et schémas qui le constituent qui articulent des questions sanitaires, des questions de prévention, et des questions du domaine du médico-social). Au sein de cette politique sectorielle, la question de l'accès aux soins pour les plus précaires se pose, même s'il ne faut pas réduire la politique de lutte contre les inégalités à ce seul point.

L'appropriation des CLS par les ARS signifie qu'elles vont pouvoir s'impliquer dans le déploiement territorial des politique publiques en matière de santé, et chercher à l'articuler avec les autres politiques publiques. Par territoire, on entend territoire de proximité là où vivent et travaillent les personnes, et non pas les territoires administratifs. Les ARS doivent également veiller à la cohérence des dispositifs, à la cohérence de l'inter-sectorialité et aux conditions de son animation.

Le CLS est perçu comme un instrument pour permettre la convergence sur un territoire de multiples instruments afin de construire une politique locale de santé globale. Ces instruments sont des modèles d'organisation des ressources, des services et des dispositifs sur les territoires. On peut citer 4 instruments :

- La notion de parcours de santé, parcours de vie : organise les ressources de manière longitudinale par rapport à une problématique particulière.
- La notion de panier de services: dans un territoire donné il doit y avoir un socle de services de proximité (toutes thématiques confondues), disponibles et utilisés par la population. Le panier de services n'est pas restreint aux questions de prévention. Il concerne également l'ambulatoire, l'accès aux services sociaux, médico-sociaux, éducatifs etc.
- Le Programme d'accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS): C'est un cadre politique qui interroge le droit commun et le droit spécifique qui regroupe la question d'accompagnement vers le droit commun et les mesures pour les personnes dont un retour au droit commun n'est pas encore possible.
  - Le CLS: instrument d'animation de coordination et de gouvernance.

## • Nicolas Prisse, Médecin de santé publique au Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales

Concernant les Contrats Locaux de Santé, plusieurs **points encourageants** peuvent être recensés en matière d'actions sur les inégalités sociales de santé :

- En quelques lignes, la loi HPST a exprimé l'intention portée par les CLS. Rapidement, des ARS et collectivités territoriales, aidées des services centraux, ont pu commencer à trouver la traduction opérationnelle de cette intention. Le résultat qui s'est dégagé de ces premières réflexions (notamment par l'élaboration d'un guide national d'aide à l'élaboration des CLS), traduit le profond changement d'état d'esprit porté par la réforme ;
- Le modèle des déterminants élargis de la santé se diffuse dans notre pays. Il montre que le travail par « secteurs » est de moins en moins pertinent. Pour répondre aux problèmes rencontrés, il

faut envisager une approche par les parcours de santé et de vie des individus, et travailler avec tous les partenaires qui ont une action potentielle sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé ; notamment au plus près du cadre de vie des individus ;

- On ne peut pas faire partout pareil et les CLS sont pensés comme des outils souples et adaptables aux situations locales. Ils peuvent s'appuyer sur savoir-faire et des acteurs engagés précédemment dans d'autres démarches de contractualisation (ASV, volets santé des CUCS notamment)
- La concertation et le travail avec les multiples acteurs concernés est nécessaire : l'Etat, les collectivités, les associations, etc. ne peuvent travailler seuls. Les compétences des uns et des autres étant diversifiées, il faut se mettre ensemble autour des projets mais également des ressources. Il faut adopter une posture d'échange d'expériences.
- On compte environ 70 CLS signés sur la France. Pour fin 2013, l'objectif est d'en avoir 250. Dans les Contrats pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) passés entre l'Etat et les Directeurs Généraux d'ARS, le nombre de contrats locaux signés est un des indicateurs sur lesquels ces derniers seront jugés, notamment sur leur politique notamment en matière d'équité en santé.

## Mais plusieurs points de vigilance peuvent également être relevés :

- Le CLS n'est pas un outil miracle. Il faut citer tout un ensemble de stratégies et d'outils convergents dans la lutte contre les inégalités de santé : les politiques sociales dans leur ensemble, la politique de la ville, le PRAPS, la politique de territorialisation des agences, etc. C'est la mobilisation de l'ensemble de ces leviers qui fera reculer le gradient social de santé.
- La démocratie sanitaire reste à conforter. Les élus et les services techniques des villes doivent trouver leur place au sein des nouvelles instances créées autour des ARS.
- Le modèle global de santé et des déterminants doit se diffuser encore plus afin d'être partagé par tous.
- On peut s'interroger sur la légitimité du secteur de la santé et sa capacité à intégrer et travailler avec les autres secteurs, pour arriver à « la santé dans toutes les politiques ».
- Les acteurs politiques s'inscrivent plus souvent dans une logique de résultats à court terme. Il faut montrer l'intérêt qu'il peut y avoir à travailler au long terme sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé.

## Questions

#### - Myriam Buffet, chargée de la mission Santé de la Ville de Lyon

Parmi les 70 CLS signés, comment a été abordée la question financière, est ce que les ARS apportent des moyens financiers complémentaires?

#### Remarques

#### - Frédéric Jacquet

Le CLS n'est pas un dispositif mais un outil qui articule les dispositifs, il n'a donc pas sa propre enveloppe. Le CLS doit articuler les dispositifs avec leurs enveloppes financières propres. Pour l'ARS cela veut dire que le CLS est un cadre d'allocation des ressources. L'ARS s'engage à mobiliser les ressources pour les sujets concernés par le CLS, à travers les dispositifs dédiés.

L'animation du système de gouvernance et les ressources qui lui sont nécessaires sont reconnues à l'ARS Languedoc Roussillon. Il n'y a pas d'enveloppe dédiée au CLS parce que ce n'est pas un dispositif parmi d'autres. Cependant des ressources lui sont allouées pour contribuer à financer son animation.

#### - Valérie Jurin:

L'animation doit être posée comme un principe et ses modalités calées et financées, car l'animation est très lourde et c'est une condition essentielle de réussite du CLS.

#### Nicolas Prisse :

La majorité des CLS ont été signés en lle de France : on ne peut pas accuser l'ARS lle de France de ne pas y avoir mis de moyens. L'Agence a mis de nombreux moyens pour la réalisation des diagnostics partagés, et pour l'évaluation de l'impact de ces CLS sur les inégalités sociales de santé. L'ARS lle de France finance également ce rôle d'animation territoriale, qui participe au succès des Projet Régionaux de Santé mis en place aujourd'hui.

### - Catherine Cecchi, Vice-Présidente de la Société Française de Santé Publique

Le problème des compétences de l'animation se pose. Travailler dans la transversalité, avec différents services, élus etc. c'est travailler avec des personnes qui pensent avoir chacun un champ de compétences qui leur appartient. Ce qui peut être très difficile à dépasser puisqu'il faut accepter d'intégrer les autres et leurs compétences. Le problème principal est donc humain.

### - Yves Buisson, mairie de Montreuil

Je crois que la démocratie sanitaire est très loin d'être acquise. On ne sait pas entendre les dynamiques habitantes. On parle toujours de faire participer (ce qui me rappelle le modèle de la double contrainte de Gregory Bateson), on attend des gens qu'ils participent sans comprendre qu'ils ont déjà des ressources et des compétences. On prétend faire de l'empowerment sans s'occuper de la prise de pouvoir que les gens pourraient faire et qui pourrait nous mettre en difficulté parfois.

#### - Patricia Saraux

Le CLS est une petite action dans la globalité d'un service de santé publique. Le gros travail des services de santé publique actuellement, c'est la démarche communautaire. Nantes a déployé les avis citoyens pendant 2 ans auprès de la population, les personnes qui ont répondu et suivi pendant

2 ans sont celles qui savent débattre, qui pensent leur langage et pensent que leurs idées sont valables. Les publics les plus en difficulté ont abandonné mais cela a appris à la ville qu'il faut accompagner et avoir une démarche communautaire.

Au sein de l'aménagement urbain par exemple, on trouve un fort lobbying environnemental mais la santé s'y trouve aussi partout. Mais elle n'est pas comprise ni vue. C'est pourquoi notre travail c'est de montrer où se trouve la santé, afin d'améliorer le bien vivre dans la ville.

## - François Liber

Les CLS constituent un sujet très intéressant. On est bien placé en tant que politiques pour savoir que régulièrement nous changeons, qu'il y a des élections, mais on voit que depuis deux ans nos interlocuteurs au niveau de l'ARS changent encore plus vite que nous. Ceci est un grand handicap sur le plan territorial, pour l'ARS elle-même, mais aussi pour avancer au niveau de nos projets.

## Clôture de la matinée par Richard Wilkinson

Il y a eu beaucoup d'évolutions et de progrès au niveau institutionnel en matière d'actions et de volonté d'actions sur les inégalités sociales de santé. Les CLS en sont la preuve. On peut s'interroger sur les conséquences de ce nouveau type de contrat.

Une étude de santé publique a été menée parmi des hommes (la cohorte de Framingham) ayant de hauts risques de maladies cardiaques, afin d'agir sur les facteurs de risque de ce type de maladie. Pendant 6 ans, des visites à domicile ont été organisées afin d'inciter ces hommes à mieux manger, bouger, arrêter de fumer etc.. Les résultats de cette expérience ont été mauvais : quand un homme de la cohorte arrêtait de fumer par exemple, les chercheurs savaient qu'un autre jeune pouvait commencer à fumer ailleurs dans la ville. Il est possible de se reposer sur ce genre de services (qui agit sur les facteurs de risque) pour régler les problèmes, mais il n'y aura des conséquences qu'à la marge. C'est aussi vrai pour les maladies cardiaques que pour les grossesses chez les adolescentes, l'obésité etc. Pour tous ces facteurs de risque dit comportementaux, on voit qu'il y a des gradients sociaux.

Les périodes où une personne est susceptible de bien se comporter sont celles où cette personne est au mieux dans sa vie. Quand une personne est moins bien, elle est plutôt tentée de manger un peu plus, boire plus etc. pour se consoler.

Si l'on regarde une autre enquête sur les femmes qui fument pendant leur grossesse (étude réalisée par Kate Pickett), on voit que le comportement des femmes envers la cigarette pendant la grossesse est l'expression de différences dans l'histoire de ces femmes (avoir fugué jeune, avoir quitté l'école sans diplôme, avoir subi des violences, etc.). Il y a un gradient en termes de risque.

On peut avoir l'impression de ne pas pouvoir agir en tant qu'acteur de la santé, sur les déterminants économiques. Pourtant certaines actions existantes tentent d'agir sur la base des inégalités sociales afin de diminuer les inégalités sociales de santé. Une des premières commissions de l'égalité qui s'est mise en place en Angleterre à Islington au nord de Londres, (composée de membres des collectivités locales, de la police, des syndicats, des associations) s'est demandée comment faire pour rendre sa ville plus agréable et comment remédier aux déterminants des inégalités. Il a été décidé que la ville deviendrait un employeur modèle, en augmentant les plus bas salaires pour atteindre le niveau de ce que l'on appelle le salaire minimum Londonien, (35% supérieur au minimum légal national). Lorsqu'un directeur partait à la retraite, le salaire de son successeur était diminué afin de diminuer l'écart de revenu entre le plus bas et plus haut salaire. Avec l'aide des syndicats et des associations locales, ils ont tenté d'étendre ce modèle à l'ensemble du service public (éducation, police etc.) et ont regardé comment faire bénéficier d'avantage les personnes des prestations sociales.

Il est possible de faire des choses localement. Il faut communiquer autour de ces actions, faire appel aux médias pour impliquer l'ensemble de la communauté, et surtout essayer de remédier aux causes sous-jacentes et non pas seulement aux effets comportementaux.

## Les ateliers

Chaque atelier a duré une heure et a réuni entre 25 et 40 participants.

## Atelier 1 : D'une politique municipale au Contrat Local de Santé : quelle articulation?

Animateurs : Patrice Voir, Adjoint au Maire de Grenoble et Faouzia Perrin, Directrice santé publique et environnementale à la Ville de Grenoble.

### Résumé de la présentation introductive :

Après avoir rappelé l'engagement historique de la ville de Grenoble en matière de santé, les animateurs de l'atelier ont présenté la démarche d'élaboration du plan municipal de santé : les principes de la promotion en santé ont été suivis et un comité intersectoriel a été créé.

La ville avait la volonté de ne pas aller trop vite en élaborant son Contrat Local de Santé. Une réunion du collège politique en présence du Directeur Général d'ARS et du maire a eu lieu en septembre 2011 et a lancé le démarrage du travail autour du CLS de la ville.

## Résumé des points clés, questionnements, de la discussion avec la salle :

- La méthodologie : le croisement et la recherche de convergence PRS-PSRS permet d'avoir un projet de territoire partagé
- Le rythme imposé peut être contreproductif, la démarche demande du temps
- Le CLS offre la capacité de dépasser l'organisation de l'ARS qui est encore cloisonnée
- Le CLS ne résout pas nécessairement le problème des financements et de leur pérennité
- Il faut déterminer à quel échelon discuter : celui de l'ARS, des territoires, des communautés urbaines ou de la municipalité

## Atelier 2 : D'une politique municipale au Contrat Local de Santé. Quelle articulation?

Animateurs : Patricia Saraux, Médecin Directeur à la Ville de Nantes, et Maud Renon, Directrice santé publique et handicap à la Ville de Rennes.

#### Résumé de la présentation introductive :

Un tour de table sur les démarches en cours sur les territoires représentés dans la salle a été réalisé. Si tous les territoires ne se sont pas engagés dans un CLS, ils le souhaitent pour la plupart et réfléchissent tous aux modalités de mise en cohérence des actions développées par l'ensemble des partenaires locaux qui agissent en santé. Les projets municipaux de santé constituent dès lors le cœur des démarches en cours.

## Résumé des points clés, questionnements, de la discussion avec la salle :

- Pilotage/ partage dynamique (légitimité de coordination) : partenaires, population...
- Analyse partagée/observation
- Mise en synergie des structures/actions (rationalisation des soutiens, ciblage-évaluation)

- Mise en forme d'une programmation partagée
- Soutien politique : Participation de la population : Quelle gouvernance ? La santé communautaire est encore balbutiante et souvent chronophage
- Appui sur les dynamiques existantes (Ateliers Santé-Ville) : Quelles différences entre ASV et CLS? Pour certains il y a confusion voir même fusion entre ces 2 point de vue. Ce qui est retenu est aussi la nécessité d'un poste de coordination soit ASV-CLS ou CLS uniquement. Une inquiétude sur le devenir des ASV au-delà de 2014 a été soulevée

## Atelier 3: Un CLS communal ou un CLS communautaire. Quel territoire pertinent?

Animateurs : Alexandre Feltz, Conseiller municipal délégué et Vice-président de la Communauté Urbaine et François-Paul Debionne, Chef de service santé publique et environnementale, Strasbourg.

### Résumé de la présentation introductive:

Lors de cet atelier il a été présenté ce qui a induit le choix d'un double CLS à Strasbourg :

- A la Communauté Urbaine de Strasbourg : désignation du Vice-Président santé, élaboration d'un plan santé
- A la Ville : héritage historique des ASV et développement de nouvelles politiques

Pour le CLS, la recherche d'adéquation avec les compétences de chacun a abouti à la répartition suivante des thématiques :

- pour la Communauté Urbaine de Strasbourg : réaménagement du territoire, observation de la santé, coordination de manifestations intercommunales et introduction d'un volet santé dans les politiques communautaires
- Pour la Ville : santé des enfants scolarisés (surpoids) réduction des inégalités de santé (ASV), mobilité active, addictions, observation.

## Résumé des points clés, questionnements, de la discussion avec la salle :

- Les participants se sont interrogés sur le territoire pertinent en milieu rural et ont discuté des pays (pour le diagnostic et le projet) et des intercommunalités et communes.
- La remarque suivante a été formulée : face à des PRS lancés avant les CLS, ces derniers apparaissent en capacité de tirer les PRS vers le réel au plan local (en fonction des capacités réelles pour agir).
- La crainte que les CLS dérivent vers uniquement l'organisation des soins (préoccupation forte) a été évoquée.
- La coordination des actions dans le cadre de plans locaux de santé, notamment de santé mentale, a toute sa place dans le CLS.

## Atelier 4 : Elaboration d'un Contrat Local de Santé. Quelle concertation et avec quels acteurs?

Animateurs : Valérie Jurin, Conseillère communautaire déléguée à la santé au Grand Nancy, Sylvie Robert, Directrice projets santé handicap, de la Communauté Urbaine du Grand-Nancy

### Résumé de la présentation introductive :

Lors de cet atelier a été définie et mise en débat la notion de concertation. Puis les démarches de concertation du CLS communal de Mulhouse et du CLS intercommunal du Grand Nancy ont été présentées.

### Résumé des points clés, questionnements, de la discussion avec la salle :

- Comment construire le CLS avec l'ensemble des acteurs (les institutions mais aussi les professionnels de santé et plus particulièrement les habitants)? Comment construire un panel représentatif de tous les habitants ?
- A quel moment mettre en place cette concertation entre les multiples acteurs (en amont ou en aval) ? Le diagnostic est-il véritablement partagé ?
- La définition de la concertation est à poser et à partager : à qui se limite la concertation ? Quelles sont ses modalités ? Quel est le temps de la concertation ? Doit-elle s'inscrire dans la durée et tout au long du CLS ? Sur quoi repose la concertation ?
- Faut-il inscrire la concertation comme un axe à part entière du CLS ? Peut-elle être pensée comme un facteur de lutte contre les inégalités de santé ?

## **Atelier 5**: Elaboration d'un Contrat Local de Santé. Quelle concertation autour de la santé environnementale?

Animateurs : Catherine Chevallier, Chargée de mission à la CA de St-Quentin-en-Yvelines ; Antoine Baud, veille habitat social, à St-Quentin-en-Yvelines.

#### Résumé de la présentation introductive :

Lors de cet atelier, les projets liant santé et environnement ont été présentés comme des concepts novateurs, pas encore identifiés en tant que tels, et complexes. Peu de CLS portent un axe ou un projet santé environnement. La question de la mobilisation des partenaires, de la gouvernance, et de l'articulation avec les institutions dans l'élaboration d'un projet santé environnement a également été posée. Les projets santé environnement doivent être intégrés dans les outils structurants (tels que l'Agenda 21, PLH, PCET, Politique de la Ville etc.).

## Résumé des points clés, questionnements, de la discussion avec la salle :

- La santé environnementale ne peut être vue comme un projet à court terme
- Il faut donner la possibilité aux habitants de s'approprier le changement (empowerment)
- Un « top down » nécessaire
- Dans l'élaboration des CLS, un décloisonnement des politiques est nécessaire

## Table ronde 2 : Quelles suites après la signature d'un Contrat Local de Santé ?

Monsieur Antoine Gueniffey, Chargé de mission à la Direction Générale de la Santé, Monsieur Alexandre Feltz, Conseiller municipal délégué à la santé et Vice-Président de la Communauté Urbaine de Strasbourg et Madame Annabelle Zimmerman, Chargée de projet ETD centre de ressources du développement territorial, ont participé à cette table ronde.

Animation de la table ronde par Marielle Delaplanque.

## Annabelle Zimmerman, Chargée de projet ETD centre de ressources du développement territorial

Les textes législatifs sont assez larges quant au lien entre les Projets Régionaux de Santé et les Contrats Locaux de Santé. Le CLS est-il une simple déclinaison du PRS ? A cette question, nous pouvons répondre par la négative pour plusieurs raisons.

La logique d'utilisation de ces contrats est celle de la plus-value. Le contenu de ces contrats est en lien direct avec les enjeux communs aux acteurs, définis en concertation, par rapport à un diagnostic partagé. Pour montrer que le CLS n'est pas une simple déclinaison du PRS, on peut également prendre en exemple la situation de la région Ille de France. Cette ARS est celle qui a pour le moment signé le plus de CLS. Pour autant, elle n'a pas attendu la parution de son PRS pour mettre en place ces CLS. De plus, le fait qu'il n'y ait pas de CLS partout, montre qu'on ne peut pas considérer ces contrats comme de simples déclinaisons territoriales.

Le CLS met en place des partenariats. Il est co-signé et engage de multiples partenaires avec leurs compétences et leurs cultures propres (il a une valeur intersectorielle, une capacité d'intégration de multiples collectivités, cadres et acteurs). Ce croisement des métiers, des savoirs et compétences est une des grandes qualités des CLS.

Le CLS pose également la question de l'échelle pertinente à prendre en compte afin de créer une bonne dynamique territoriale.

La question de l'animation des CLS est essentielle. Certaines ARS vont vers des animations régionales et mettent en place des indicateurs de suivi plutôt que des indicateurs sur objectifs.

## Alexandre Feltz, Conseiller municipal délégué à la santé et Vice-Président de la Communauté Urbaine de Strasbourg

Un CLS a été signé pour la Ville et un autre pour la communauté urbaine de Strasbourg, le 6 janvier 2012. Ces contrats avec l'ARS engagent également le préfet, la direction de la cohésion sociale, l'éducation nationale, le régime local d'assurance maladie, etc. Dans ces CLS, des moyens supplémentaires sont prévus pour les actions de prévention. De même, de forts moyens sont dédiés à la santé mentale.

La question du pilotage se pose lorsque l'on met en place un CLS. Ce pilotage demande des moyens financiers et humains importants, mais également une capacité de porter les compétences adéquates aux actions mises en place.

Par exemple, sur la Communauté Urbaine de Strasbourg, on trouve 3 établissements psychiatriques, avec des projets d'établissement différents, des présidents de Commissions Médicale d'établissements différents, etc. Cette situation va demander un pilotage fort en matière de santé mentale, pour mettre en place un projet local coordonné sur la Communauté Urbaine, d'autant plus qu'un nouvel hôpital psychiatrique de ville est en construction.

Les différents acteurs du CLS sont encore dans une période intermédiaire puisqu'ils utilisent des logiques anciennes de gestion. Le pilotage et l'animation du CLS doivent être renforcés afin d'avoir une coordination globale des différentes actions menées.

## • Antoine Gueniffey, Chargé de mission à la Direction Générale de la Santé

En réponse à la question posée à cette table-ronde trois points sont d'abord à rappeler :

- Le Contrat Local de Santé n'a pas vocation à résumer toute l'application de la politique de santé sur le terrain : celle-ci passe par bien d'autres dispositifs,
- c'est un dispositif innovant et souple : tant sa mise en place que son périmètre sont fortement conditionnés par le contexte (volonté des partenaires, problématiques de santé prioritaires au niveau local, au vu des besoins et des opportunités d'action ...),
- la mise en œuvre du dispositif peut être adaptée progressivement suite à des opportunités d'élargissement territorial et/ou thématique, et en fonction des attentes susceptibles d'être formulées au titre du Projet Régional de Santé

L'interrogation de départ soulève les problématiques de suivi et d'accompagnement national et d'évaluation locale.

#### Suivi et accompagnement national :

Les CLS portent sur l'ensemble du champ des ARS (dont l'organisation des soins de 1<sup>er</sup> recours) ; ils s'appliquent aux territoires de proximité urbains (incluant les territoires de la politique de la ville) et ruraux en difficulté.

Les CLS ont fait l'objet d'un indicateur du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) entre l'administration centrale et les ARS; dans un but de réduction des « inégalités de santé »; la montée en charge de ce dispositif sera notamment suivie dans le cadre des dialogues de gestion chaque année entre les directions d'administrations centrales et les ARS; un groupe de coordination entre administrations centrales concernées et représentants d'ARS a été constitué à ce sujet; l'analyse des premiers contrats signés menée actuellement par « ETD », devrait permettre de préciser les enjeux d'échange et de pratiques pour aider au développement des CLS et de leur qualité.

## Evaluation locale:

L'action locale de santé relève à la fois de la logique de conduite de projet et de la logique de concertation : cette dernière est essentielle pour comprendre et expliciter les problèmes, leurs raisons, et les responsabilités en jeu pour agir.

L'action s'opère en milieu complexe : la réduction des problèmes mettant en cause des « déterminants environnementaux et sociaux » gouvernés, par ailleurs, et dépendant aussi de prises de conscience de chacun quant à son mode de vie.

Elle pose par conséquent un enjeu de « lisibilité », au croisement de politiques et de projets qui interagissent : la santé des personnes est facteur de développement économique et social, lequel est déterminant de santé par l'amélioration du cadre et des conditions de vie (niveau de revenus et d'éducation).

Dire	ection géne	érale de la Santé			
				Approche spécifique	Projets santé pub.
	Ca	dre	Prévention / conduites à risques	Soins Projets médicaux CPOM étab.soins Prévention médicalisée	Protection / risques environnementaux
ď'	'actio	n locale	addictions     sécurité (accidents)     violences	orga. 1er recours     prises en charges     accès aux soins	santé     environnement      VSS / risques     infontions arises
\_				éduc. thérap. patient     prév. médicalisée	infectieux, crises • santé au travail
//	Enfants (jeunes) écoles  • santé mère-enfant, dont bilans de santé (PMI, santé so compétences psychosociales et estime de soi Projets d'étab tet PRE  • cadres et modes de vie et mesures de prévention médicale tout au long de la vie • accès aux droits • mobilité douce et active • culture DD et SE individus et professionnels				
					• risques psychosociaux, TMS (PST)
		entreprises		Agenda 21 et PDU	Projets d'étab <sup>t</sup> (DUER)

Ce schéma explicite ces croisements entre les approches spécifiques portées par la politique de santé, et les logiques de développement individuel et collectif inscrites dans les politiques de développement des territoires.

Pour conclure, l'enjeu d'évaluation renvoie naturellement à la qualité de conception du projet territorial.

En santé publique, il faut certes aboutir à la définition d'un programme d'actions évaluable, mais ce programme doit venir en conclusion d'une démarche de projet visant à mobiliser tout un ensemble de ressources existantes (services locaux, associations, ...) sur des objectifs de santé partagés. C'est donc les résultats et les effets d'ensemble (projet et programme) qu'il faut s'attacher à évaluer pour en mettre en lumière tout l'intérêt de dynamiques territoriales tenues par ailleurs au respect des singularités et de l'autonomie des personnes.

## **LES ANNEXES**

Annexe 1 : Liste des sigles

Annexe 2 : Fiches de satisfaction : résultats

Annexe 3 : Liste des participants et intervenants

## **ANNEXE 1:** Liste des sigles

ARS: Agence Régionale de Santé

ASV: Atelier Santé-Ville

CLS: Contrat Local de Santé

CPOM: Contrat Pluriannuel d'objectifs et de moyens

CUCS: Contrat Urbain de Cohésion Sociale

DGARS : Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé

DGS : Direction Générale de la Santé

EHESP: Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

INPES: Institut National de Prévention et d'Education pour la santé

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

PRS: Projet Régional de Santé

PRAPS: Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins

RFVS: Réseau Français des Villes-Santé

## ANNEXE 2 : Résultats de l'évaluation du colloque par les participants

# Colloque Villes, Contrats Locaux de Santé et Inégalités sociales de santé, 21 juin 2012

Parmi les 204 inscrits à cette journée, 32 % provenaient de collectivités membres du RFVS, 13% représentaient des collectivités non-membres, 10% provenaient des Agences Régionales de Santé, 5% représentaient des partenaires proches tels que l'Inpes, la DGS et l'EHESP, et environ 40% provenaient d'autres structures.

Sur 180 personnes présentes dans la salle, 65 questionnaires nous ont été retournés à l'issue de cette journée.

1. Profil des répondants

1. I form des repondants					
Origine	Nombre	%			
Technicien	27	42 %			
Autre	21	32 %			
Service déconcentré	8	12 %			
Elu	5	8 %			
Association	4	6 %			
Total général	65	100 %			

Membre RFVS	Nombre	%
Non membre	38	58 %
Membre	27	42 %
Total général	65	100 %

2. Appréciation globale de la journée

	Degré de sati	Degré de satisfaction		
Précision et présentation du programme détaillé définitif				
	Satisfaction	Nombre	%	
98 % satisfaits	non-réponse	1	1,5 %	
	Satisfait	34	52,5 %	
	Très satisfait	30	46 %	
	Total général	65	100 %	
•	Satisfaction	Nombre	%	
our votre exercice	Satisfaction non-réponse	Nombre 1	<b>%</b> 1,5 %	
our votre exercice				
oour votre exercice professionnel	non-réponse	1	1,5 %	
Utilité globale des apports pour votre exercice professionnel 83 % satisfaits	non-réponse pas satisfait	1	1,5 % 1,5 %	
oour votre exercice professionnel	non-réponse pas satisfait Peu satisfait	1 1 9	1,5 % 1,5 % 14 %	

Accord entre le contenu du	Satisfaction	Nombre	%
colloque et vos attentes	non-réponse	1	1,5 %
préalables	pas satisfait	1	1,5 %
	Peu satisfait	10	15 %
82 % satisfaits	Satisfait	35	54 %
	Très satisfait	18	28 %
	Total général	65	100 %
	Total golloral	- 33	100 70
Ambiance générale de la	gonora		100 /0
	Satisfaction	Nombre	%
Ambiance générale de la journée			
journée	Satisfaction	Nombre	%
<u> </u>	Satisfaction Peu satisfait	Nombre 2	<b>%</b> 3 %

#### 3. Evaluation des interventions

	Degré de satis	sfaction		Remarques
Interventions du matin				Intervention de Richard
« Comment agir pour réduire les	Satisfaction Nombre %			Wilkinson très appréciée
Inégalités sociales de santé »,	non-réponse	2	3 %	« remarquable »,
« Les Contrats Locaux de Santé.	pas satisfait	1	1,5 %	« passionnante », sauf pour
point de vue des villes »	Peu satisfait	7	11,5 %	certains qui ont trouvé que
point de vue des villes »	Satisfait	15	23 %	·
85 % satisfaits	Très satisfait	40	62 %	cette intervention en anglais a
00 / Satisfaits	Total général	65	100 %	été trop longue à cause de la
		·		traduction.
Table ronde du matin				
« Les Contrats Locaux de	Satisfaction	Nombre	%	
Santé, outils de réduction des	non-réponse	2	3 %	
Inégalités sociales de santé : de	Peu satisfait	13	20 %	Certains ont trouvé cette table
l'intention aux actes »	Satisfait	38	58,5 %	ronde trop courte
	Très satisfait	12	18,5 %	
77 % satisfaits	Total général	65	100 %	
Ateliers				Bien que beaucoup indiquent
to discuss to second to the				que le contenu de leur atelier
Indiquez le numéro de	Satisfaction	Nombre	%	était très intéressant, pour la
l'atelier auquel vous avez	non-réponse	2	3 %	plupart les ateliers étaient
participé :	pas satisfait	5	7,5 %	cependant trop courts pour
	Peu satisfait	18	27,5 %	pouvoir approfondir les
62 % satisfaits	Satisfait	33	51 %	thématiques. Certains
	Très satisfait	7	11 %	i i
	Total général	65	100 %	regrettent de ne pas avoir eu
				plus de temps pour partager les expériences.
				I
Table ronde de l'après-midi	Satisfaction	Nombre	%	Plusieurs participants ont dû

« Quelles suites après la signature d'un Contrat Local de Santé ? »

81 % satisfaits si or	n exclut
les non-réponses	

Peu satisfait	9	14 %
Satisfait	30	46 %
Très satisfait	5	8%
Total général	65	100 %

les ateliers, ce qui explique le nombre de non-réponses concernant l'évaluation de la table-ronde

#### 4. Points de satisfaction sur le colloque

Plusieurs points ont été source de satisfaction pour les répondants. La qualité des interventions, la richesse et la diversité des intervenants (7 observations), l'intervention de Richard Wilkinson (4 observations). Le cadre de travail a également été apprécié (5 observations). De plus les informations détaillées diffusées avant le colloque ont facilité le déplacement des participants.

## 5. Points qui pourraient être améliorés

Les points qui pourraient être améliorés sont les suivants : Ateliers trop courts pour avoir de vrais échanges (4 observations), manque de restitution des ateliers (1 observation), lieu trop éloigné de Paris (3 observations), colloque trop court (à faire sur 2 jours ?) (6 observations)

## 6. Propositions de thèmes pour de prochains colloques

Parmi les suggestions de thématiques pour de prochains colloques du RFVS, on observe une demande particulière (8 observations) pour un colloque qui concernerait la **participation des habitants** (retours d'expériences, comment la structurer, comment les impliquer, comment prendre en compte leur parole, comment communiquer auprès d'eux, notamment ceux qui sont éloignés de la prévention et des soins). Plusieurs (8 observations) demandent de poursuivre sur la thématique des **Contrats Locaux de Santé**, en abordant par exemple le suivi et l'évaluation, la place des ASV dans le CLS, ou encore le lien entre CLSM et le CLS. Il est aussi suggéré que ce nouveau colloque sur les CLS soit organisé dans deux ou trois ans. Enfin, d'autres thèmes sont également suggérés plusieurs fois, comme l'organisation et la mise en œuvre de la transversalité santé, l'intersectorialité (4 observations), santé et environnement (3 observations), l'accès aux soins de proximité (2 observations).

## **ANNEXE 3 : liste des participants**

nom	prénom	fonction	organisme	mail
AGAZAR	Marianne	Etudiante Master 2 DSU	Université Versailles St- Quentin-en-Yvelines	magazar11@hotmail.fr
ALBOUKER	Béatrice	Praticien Hospitalier	Centre Hospitalier Jean Martin Charcot Plaisir	beatrice.albouker@ch- charcot78.fr
ANTOINE	Martine	Directrice	Association maison de la Prévention	maison.prevention@orange.fr
ATLAS	Patrick	Médecin Directeur	Ville de Clichy	patrick.atlas@ville-clichy.fr
AUNRAU	Murielle	Chargée de Mission Handicap	Ville d'Ajaccio	m.aunrau@ville-ajaccio.fr
ВА	Ababacar	Stagiaire en géographie de la santé	Ville de Montreuil	nathalie.jegou@montreuil.fr
BAEKELANDT	Anne	Directrice adjointe GCSMS GERONDICAP	CA de Saint-Quentin-en- Yvelines	anne.baekelandt@agglo- sqy.fr
BANTUELLE	Martine	Directrice	Asbl Santé, communauté, participation	martine.bantuelle@gmail.com
BEGUE	Camille	Stagiaire - Interne en Santé Publique	Ville de La Rochelle	stephanie.canu@ville- larochelle.fr
BELHAJI	Muriel	Consultante en communication	Agence Trait d'Union	m.belhadj@traitdunion-com.fr
BENARD	Nathalie	DGA des Solidarités et de l'Education	Ville de Saint Jean de la Ruelle	nbenard@ville- saintjeandelaruelle.fr
BERNARDINI	Danièle	Directeur Général des Services par intérim	Ville d'Ajaccio	d.bernardini@ville-ajaccio.fr
BONVILLAIN	Nathalie	Chargée de projets promotion de la santé	Maison de la prévention- Point Ecoute Jeunes	nbonvillain.maisonprevention @gmail.com
BOSSON	Séverine	Coordinatrice	Plateforme nationale de ressources ASV	plateformeressourcesasv@g mail.com
BOUST	Roselyne	Chargée de mission	ARS Basse-Normandie	roselyne.boust@ars.sante.fr
BRARD	Delphine			
BREMENT- MARCHESSEAU	Marilyne	Directrice de l'IPS	CA de Saint-Quentin-en- Yvelines	marilyne.brement- marchesseau@agglo-sqy.fr
BRETON	Eric	Directeur de la Chaire Inpes "Promotion de la Santé"	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique	eric.breton@ehesp.fr
BRIAND	Marie-Renée	Directrice générale	Mutuelle Pays de Vilaine	marie- renee.briand@mpv.cimut.fr

BROCHARD	Alice	Stagiaire au RFVS	Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS	Alice.Brochard@eleve.ehesp. fr
BUFFET	Myriam	Chef de mission santé	Ville de Lyon	myriam.buffet@mairie-lyon.fr
BUISSON	Yves	Responsable Mission Saturnisme	Ville de Montreuil	yves.buisson@montreuil.fr
CADALBERT	Robert	Président	CA de Saint-Quentin-en- Yvelines	
CAMBIANICA	Anne	Agent de Développement Social	Ville de La Verrière	a.cambianica@mairie- laverriere.fr
CARISTAN	Catherine	Secrétaire Administrative - Service PPS	ARS Ile de France - DT Val de Marne	catherine.caristan@ars.sante. fr
CECCHI	Catherine	Vice-Présidente SFSP-Présidente SRSP LR	Société Française de Santé Publique	c-cecchi@wanadoo.fr
CESAR	Christine	Chargée d'expertise scientifique	INPES	christine.cesar@inpes.sante.f  r
CHANLOT	Marjorie	Animatrice Territoriale de Santé	GIP Pays de Redon- Bretagne sud	sante@pays-redon.fr
CHAUVEL	Clément	Coordinateur ASV	CCAS de Palaiseau	chauvel@mairie-palaiseau.fr
CHEVALIER	Catherine	Chargée de mission	CA de Saint-Quentin-en- Yvelines	
CHRISTOL-JEGOU	Nathalie	Coordinatrice ASV	Ville de Montreuil	nathalie.jegou@montreuil.fr
COLLY	Brigitte	Responsable service santé	Ville de Trappes	brigitte.colly@mairie- trappes.fr
COTORNINI	Christiane	Directrice de la Mission Santé Publique	Ville de Metz	ccotornini@mairie-metz.fr
COUSIN	Thierry	Affaires Publiques NPDC	BMS NPDC et Picardie	thierry.cousin@bms.com
CROUSET	Maryvonne	Responsable du service santé	Ville de Choisy-le-Roi	maryvonne.crouset@choisyle roi.fr
DE BIE	Marie	Assistante	Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS	marie.debie@villes- sante.com
DE SAINT POL	Emilie	Chargée de mission	ARS Aquitaine	emilie.desaintpol@ars.sante.f  r
DEBIONNE	François-Paul	Chef du service Santé publique et environnementale	Ville et CU de Strasbourg	francois- paul.debionne@strasbourg.e u
DELAPLANQUE	Marielle	Directrice	Nancy Ville Santé	Marielle.Delaplanque@mairie -nancy.fr
DENYS	Jean-Claude	Responsable du Pôle Promotion Santé et Milieux de Vie	ARS Océan Indien - Délégation de la Réunion	jean- claude.DENYS@ars.sante.fr

DIAKITE	Bakary	Médecin	ARS	bakary.diakite@ars.sante.fr
DOUY	Christine	Référent santé	Guyancourt	christine.douy@ville- guyancourt.fr
DRAPERI	Christine	Membre du CODESQY - Conseil de développement de SQY	Guyancourt	christine.draperi@gmail.c om
DREVETON	Emeline	Chargée de projet	Ville de Valence	Emeline.DREVETON@mairie -valence.fr
DROUGARD	Corinne	Adjointe chef de bureau	Direction Générale de la santé	corinne.drougard@sante.gou v.fr
DUMONT	Catherine	Directrice, DATER	INPES	catherine.dumont@inpes.sant e.fr
DUPONT	Jeanne	Responsable des partenariats institutionnels	GSK	jeanne.j.dupont@gsk.com
EL BEJAOUI	Cristela	Directrice action sociale, santé, prévention	CA La Brie Francilienne	c.elbejaoui@briefrancilienne.f
ELISSALDE	Marion	Chargée de mission prévention, promotion de la santé	ARS Aquitaine	marion.elissalde@ars.sante.fr
EVAIN	Aldric	Consultant	Observatoire de la régionalisation	aldric.evain@nile- consulting.eu
EYRAL	Cyrielle	Elève-stagiaire EN3S	Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale	ceyral@en3s.net
FAHLOUN	Nélia	Interprète	BABELIANE TRADUCTIONS	nelia.fahloun@gmail.com
FAURIE - GAUTHIER	Céline	Conseillère municipale déléguée à la Prévention Santé	Ville de Lyon	amelie.basille@mairie-lyon.fr
FAVIER	Philippe	Médecin généraliste	Ville de Vigneulles-les- Hattonchâtel	dr.favier.polesante@wanadoo .fr
FAYE	Djibril	Coordonnateur ASV	CREIL	djibril.faye@mairie-creil.fr
FELTZ	Alexandre	Conseiller municipal délégué et Vice-président de la CU	Ville et CU de Strasbourg	Alexandre.FELTZ@strasbour g.eu
FLEURY	Hervé	Conseiller communautaire	CA Versailles Grand Parc	herve.fleury@versailles.fr
FORGET-BILLIOT	Dominique		CA de Saint-Quentin-en- Yvelines	DForget-Billiot@Yvelines.fr
GALAVOTTI	Lisa	Responsable Service Municipal Hygiène et Santé	Ville d'Ajaccio	I.galavotti@ville-ajaccio.fr
GAYRAL	Jean-Claude	Responsable du pôle santé publique et environnementale	ARS Centre - DT Eure-et- Loir	<u>jean-</u> <u>claude.gayral@ars.sante.fr</u>

GERMANE	Laurenzia	Déléguée de l'assurance maladie	CPAM de la Meuse	laurenzia.germane@hotmail.f r
GERMAN- LABAUME	Catherine	Responsable de l'Observatoire Communal de la Santé	Ville de Martigues	c.german-labaume@ville- martigues.fr
GRALL	Jean-Yves	Directeur Général de la Santé	Direction Générale de la Santé	
GRENET	Odile	Pharmacien	CHATOU	odile.grenet@bms.com
GRIMAUD	Sébastien	Stagiaire au RFVS	Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS	grimaud.sebastien@villes- sante.com
GUENIFFEY	Antoine	Chargé de mission	Direction Générale de la Santé	Antoine.GUENIFFEY@sante. gouv.fr
HARANG	Maud	Chargée de mission santé publique	CA du Havre	maud.harang@agglo- havraise.fr
HENRARD	Jean-Claude	Professeur de Santé Publique	Université Versailles Saint- Quentin-en-Yvelines	jeanclaude.henrard@sfr.fr
HERITAGE	Zoë	Chargée de mission	Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS	zh@villes-sante.com
HOUSSIN	Véronique	Assistante à l'IPS	CA de Saint-Quentin-en- Yvelines	
HOUVENAGEL	Chloé	Chargée de mission CLS	Ville de Fontenay aux Roses	houvenagelchloe@yahoo.fr
JACQUET	Frederic	Médecin de Santé Publique	ARS Languedoc- Roussillon	frederic.jacquet@ars.sante.fr
JAOUEN	Jean	Directeur de la Santé Publique	ARS Limousin	jean.jaouen@ars.sante.fr
JOUANNO	Murielle	Responsable du service CCAS	Ville de Trappes	murielle.jouanno@mairie- trappes.fr
JOUBERT	Michel	Sociologue de la santé	Ville de Creteil	michel.joubert@wanadoo.fr
JURIN	Valérie	Présidente du RFVS et Conseillère communautaire déléguée à la Santé	Ville et CU de Nancy	valerie.levy-jurin@mairie- nancy.fr
KAZMIERCZAK	Myriam	IASS	ARS Champagne Ardenne - DT de l'Aube	myriam.kazmierczak@ars.sa nte.fr
KERVIEL	Solenn	Chargée de mission	ARS Centre	solenn.kerviel@ars.sante.fr
KREBS	Valérie-Anne	Directrice santé et prévention	Ville d'Orly	valerie-anne.krebs@mairie- orly.fr
KULLING	Gabriel	Responsable département stratégie financière	Ville de Marseille	gabriel.kulling@ars.sante.fr
LAFONT RAPNOUIL	Stephanie	Psychiatre chef de secteur Ville nouvelle	CH JM CHARCOT	stephanie.lafont-rapnouil@ch-charcot78.fr

LARIBLE	Patrick	Conseiller municipal	Ville de La Rochelle	patrick.larible@ville- larochelle.fr
LAUER	Nathalie	Médecin	DRJSCS Bourgogne	nathalie.lauer@drjscs.gouv.fr
LAVERGNE	Stéphane	Chargé de mission Direction des Affaires Publiques	Mutualité Française	stephane.lavergne@mutualite _fr
LE GALL	Sophie	Journaliste	La Gazette des communes	legallsophi@wanadoo.fr
LE GLAUNEC	Hélène	Directrice administrative des services santé	Ville du Blanc-Mesnil	h.leglaunec@blancmesnil.fr
LEBLANC	Frédérique	Chargée de mission santé	Pays Bourgogne Nivernaise à Cosne sur Loire	frederique.leblanc@bourgogn e-nivernaise.com
LEFEBURE	Isabelle	Directrice du Département Enfance et Famille	Ville de Calais	isabelle.lefebure@mairie- calais.fr
LEFEUVRE	Jean-Yves	Chargé de mission	Comité Interministériel des Villes	jean- yves.lefeuvre@sante.gouv.fr
LEROY	Jean-Marc	Maire adjoint aux sports et à la santé	Ville de Calais	leroyscri@wanadoo.fr
LEVANT	Bernard	Chef de Service Santé - Prévention	CU de Dunkerque	bernard.levant@cud.fr
LEVOYE	Charlotte	Coordinatrice	CU de Dunkerque	charlotte.levoye@cud.fr
LEYMARIE	Anissa	Responsable service action sanitaire et sociale	MSA	leymarie.anissa@msa75.msa _fr
LHERM	Pascaline	Coordinatrice Conseil Local de Santé	Ville de Bordeaux	p.lherm@mairie-bordeaux.fr
LIBER	Francois	Adjoint au Maire	Ville de Dunkerque	fliber@ville-dunkerque.fr
LIESA	Alizé	Stagiaire	INPES	Alize.LIESA@inpes.sante.fr
MABILLE	Johanna	Chargée de mission économie de la santé	CPAM 95	johanna.mabille@cpam- cergypontoise.cnamts.fr
MAFFEIS	Laurence	Coordinatrice des Programmes "Maison Mutualisation Santé G et D"	Mutuelle Pays de Vilaine	Imaffeis@orange.fr
MALERGUE	Christelle	Ingénieur en santé environnementale	Université Versailles Saint- Quentin-en-Yvelines	christelle_malergue_pro@ yahoo.fr
MARCEAUX	Marie- Catherine	Chargée de mission	Nancy Ville Santé	marie- catherine.marceaux@mairie- nancy.fr
MARCEL	Emilie	Chargée de projets	CODES 06	e.marcel.codes06@wanadoo. fr

MARSTEAU	Marie-Andrée	Conseillère municipale déléguée à la Prévention Santé	Ville de Vaulx en Velin	marie- andree.marsteau@rhone.fr
MARTIN	Philippe	Directeur	Association Promotion Santé, Dunkerque	ass.aps@wanadoo.fr
MATHIEU	Alexandra	Consultante-formatrice	Institut Renaudot	a.mathieu@institut- renaudot.fr
MAUDET	Charlotte	Directrice du service politique de la ville	Ville de Mantes la Ville	charlotte.maudet@mairie- manteslaville.fr
MAURIN	Garance	Ingénieur de Génie Sanitaire - Chef de service environnement et santé	ARS Rhône Alpes - DT de l'Ain	Garance.MAURIN@ars.sante _fr
MOLAS GALI	Nathalie	Inspecteur	ARS PACA - DT Bouches- du-Rhône	nathalie.molas- gali@ars.sante.fr
MOUHOUTAR	Salim	Responsable santé environnement	ARS Océan indien	salim.mouhoutar@ars.sante.f r
MOREAU	Laurent	Consultant	NILE	laurent.moreau@nile- consulting.eu
MOUMENE	Fariza	Directrice Administretive du Pôle Municipal de Santé	Ville de Tremblay-en- France	f.moumene@tremblayenfranc e.fr
MUTEL	Thibault	Interne de Santé Publique et Médecine Sociale	Ville et CU de Strasbourg	thibault.mutel@strasbourg.eu
NOELTNER	Audrey	Etudiante	Sciences Po	audrey.noeltner@gmail.com
ODE	Jacqueline		CA de Saint-Quentin-en- Yvelines	
PACAULT	Céline	Responsable du service Dijon Ville Santé	Ville de Dijon	cpacault@ville-dijon.fr
PAMIES	Sophie	Directrice	Ville de Villeurbanne	sophie.pamies@mairie- villeurbanne.fr
PAQUET	Sabine	IDE	MDA d'Eure et Loir/CHVJ de DREUX	planifmda@ch-dreux.fr
PAUPE	Gaelle	Psychosociologue / Coordinatrice réseau	Maison des Adolescents Yvelines Sud	mdasudyvelines@gmail.com
PELLETIER	Nicolas	Technicien audiovisuel	Agence Trait d'Union	n.pelletier@traitdunion-com.fr
PERELMAN	Barbara	Chargée de mission	CA de Saint-Quentin-en- Yvelines	barbara.perelman@agglo- sqy.fr
PEREZ MUNOZ	Antoine	Etudiant	Université Versailles Saint- Quentin-en-Yvelines	scp.pm-v@laposte.net
PERRIN	Faouzia	Directeur Santé publique et environnementale	Ville de Grenoble	faouzia.perrin@ville- grenoble.fr

PLANQUE	Patrick		CA de Saint-Quentin-en- Yvelines	
PORCHERIE	Marion	Ingénieur de Recherche	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique	marion.porcherie@ehesp.fr
POULAIN	Michèle	Maire adjoint délégué aux affaires sociales	Ville de Rambouillet	michele.poulain@rambouillet. fr
PRISSE	Nicolas	Chargé de mission	Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales	Nicolas.PRISSE@sante.gouv .fr
QURESHI	Shamim	Ingénieur d'étude	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique	shamim.qureshi@ehesp.fr
RAFIQ	Zoubida	Adjointe au maire, responsable de la petite enfance et de la santé	Ville de La Verrière	c.rochet@mairie-laverriere.fr
RAMBAUD	Julie	Coordinatrice Santé	Ville de Gonesse	jrambaud@mairie-gonesse.fr
REMVIKOS	Yorghos	Professeur	Université Versailles Saint- Quentin-en-Yvelines	yorghos.remvikos@uvsq.fr
RENON	Maud	Directrice Santé publique	Ville de Rennes	m.renon@ville-rennes.fr
RHARSALLA	Nawel	Vacataire	CA de Saint-Quentin-en- Yvelines	
RHARSALLA	Abdelghani	Vacataire	CA de Saint-Quentin-en- Yvelines	
RICHARD	Catherine	Chargée de mission promotion de la santé	DRJSCS lle de France	catherine.richard1@drjscs.go uv.fr
RIVOAL	Karine	Chef de projets Politique de la Ville	Ville de La Verrière	k.rivoal@mairie-laverriere.fr
ROBERT	Sylvie	Directrice projets santé handicap	CU du Grand Nancy	sylvie.robert@grand- nancy.org
ROLLAND	Bénédicte	Chargée d'étude urbanisme et santé	EHESP et Direction Générale de la Santé	benedicte.rolland@sante.gou v.fr
ROY DJIDI	Daouya	Médecin Conseil Pole d'Expertise Médicale	ARS Centre	daouya.roy@ars.sante.fr
SAIAG	Philippe	Vice-Président	Université Versailles Saint- Quentin-en-Yvelines	philippe.saiag@uvsq.fr
SALAMON	Aude	Chargée de développement associatif	Association Elus, Santé Publique & Territoires	espt.asso@orange.fr
SAMAN	Marlène	Coordinatrice Santé	Ville de Bourgoin-Jallieu	msaman@bourgoinjallieu.fr
SANCHEZ	Stéphane	Interne de santé publique	Ville de Reims	stephane.sanchez@mairie- reims.fr
SANCHEZ	Sylvie	Directrice du service municipal Promotion de la Santé	Ville de Vaulx en Velin	sylvie.sanchez@mairie- vaulxenvelin.fr

SARAUX	Patricia	Médecin	Ville de Nantes	patricia.saraux- salaun@mairie-nantes.fr
SARAZIN	Hélène	Chargée de mission ASV	Ville de Metz	hsarazin@mairie-metz.fr
SCHIFANO	Pauline	Chargée de mission - Animatrice territoriale	ARS Poitou-Charentes	pauline.schifano@ars.sante.fr
SIDNEY	Clarisse	Coordinatrice ASV de Dreux Vernouillet	Villes de Dreux et Vernouillet, CH de Dreux	sferre@ch-dreux.fr
SOULE	Martine	Assistante sociale	Centre Hospitalier J-M Charcot	martine.soule@ch- charcot78.fr
SOURD	Marion	Chargée de projet	Association Elus, Santé Publique & Territoires	coordination@espt.asso.fr
STEPHAN	Carole	Coordinatrice ASV	Ville de Courcouronnes	carole.stephan@courcouronn es.fr
TANSERI	Phetmany	Adjointe au Maire	Ville du Blanc-Mesnil	p.tanseri@blancmesnil.fr
TOPUZ	Bernard	Médecin chargé de l'élaboration du CLS et Directeur du SCHS	Ville de Montreuil	bernard.topuz@montreuil.fr
TROADEC- ROBERT	Claudine	Conseillère municipale	Ville de Montpellier	claudinetroadec@hotmail.co m
TRON DE BOUCHONY	Alice	Coordinatrice responsable	Ville de Mulhouse	alice.trondebouchony@mulho use-alsace.fr
TRONCHE	Dominique	Médecin pédopsychiatre	Centre Hospitalier J-M Charcot	dominique.tronche@ch- charcot78.fr
VAILLANT	Zoé	Enseignante-chercheuse	Université Paris Ouest Nanterre	zoe.vaillant@u-paris10.fr
VALIN	Anne	Adjointe à la santé	Ville de La Roche sur Yon	valina@ville-larochesuryon.fr
VAYSSETTE	Pascale	Journaliste	Editions de santé	RedactionRST@editionsdesa nte.fr
VETEAU-GILBERT	Françoise	Chargée de projet Promotion de la Santé	Ville de La Rochelle	stephanie.canu@ville- larochelle.fr
VIALA	Danielle	Conseillère communautaire déléguée chargée de la Santé	CA de Saint-Quentin-en- Yvelines	daniele.viala@agglo-sqy.fr
VIDONNE	Odile	Médecin Directeur	Ville de Nimes	odile.vidonne@nimes.fr
VIGNES	Marie	Elève-stagiaire EN3S	Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale	mvignes@en3s.net
VIMOND	Guillaume	Chargé de projet	ARS Pays de la Loire - DT Mayenne	guillaume.vimond@ars.sante. fr
VOIR	Patrice	Adjoint au Maire	Ville de Grenoble	patrice.voir@ville-grenoble.fr

VON GUNTEN	Joëlle	Coordinatrice Générale et Promotion de la Santé	Ville de Cannes	joelle.vongunten@ville- cannes.fr
WALSER	Véronique	Adjointe Directeur Animation Terriroriale	ARS Franche-Comté	veronique.walser@ars.sante.f r
WILKINSON	Richard	Professeur émérite	Université de Nottingham	
WOJNAROWSKI	Mireille	Adjointe au Maire	Ville de Reims	sandra.teixeira@mairie- reims.fr
ZEMMOURI	Aldric	Chargé de mission santé publique	Ville d'Ivry-sur-Seine	azemmouri@ivry94.fr
ZIDI	Najoua	Etudiant chercheur	Laboratoire Liares	joujouzidi@yahoo.fr
ZIMMERMANN	Annabelle	Chargée de mission	ETD	a.zimmermann@etd.asso.fr

## <u>Autres participants :</u>

LECOMTE Stéphanie

OMNES Cécile

ANKRI Joël

LEFEVRE Philippe

**GOLLION** Anne Laurence

SAGET Christiane

**GODAL** Alban